MARTHA RAILE ALLIGOOD

Modelos y teorías en enfermería

9.ª ed

ELSEVIER

Modelos y teorías en enfermería

9.ª ED.

Martha Raile Alligood, PhD, RN, ANEF

Professor Emeritus
College of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

ELSEVIER

Índice de capítulos

Cubierta

Portada

Página de créditos

Dedicatoria

Colaboradores

Revisores

Sobre la editora

Prefacio

Agradecimientos

Unidad I: Evolución de las teorías en enfermería

Introducción

1: Introducción a las teorías en enfermería: historia e importancia

Historia de las teorías en enfermería

Importancia de las teorías en enfermería

2: Teóricas de la enfermería de importancia histórica

Hildegard E. Peplau

Virginia Henderson

Faye Glenn Abdellah

Ernestine Wiedenbach

Lydia Hall

Joyce Travelbee

Kathryn E. Barnard

Evelyn Adam

Nancy Roper, Winifred W. Logan y Alison J. Tierney

Ida Jean (Orlando) Pelletier

3: Historia de la ciencia enfermera

Perspectivas históricas de la naturaleza de la ciencia

Visiones de principios del siglo xx sobre la ciencia y la teoría

Visiones emergentes de la ciencia y la teoría a finales del siglo xx

Interdependencia de la teoría y la investigación

Ciencia como una iniciativa social

4: Proceso de desarrollo de teorías

Componentes de la teoría

Cuestiones actuales en el desarrollo de teorías en enfermería

5: Estructura y análisis del conocimiento especializado en enfermería

Una estructura del conocimiento en enfermería

Análisis de la teoría

Unidad II: Filosofías enfermeras

Introducción

6: Enfermería moderna

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

7: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aplicación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

8: Teoría de la atención burocrática

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

9: Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes filosóficas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

10: Filosofía de la asistencia

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

11: Teoría del cuidado caritativo

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

Unidad III: Modelos conceptuales en enfermería

Introducción

12: Modelo de la conservación

- Acreditaciones y antecedentes†
- Fuentes teóricas
- Uso de datos empíricos
- Principales premisas
- Fundamentos teóricos
- Planteamiento lógico
- Aplicaciones por la comunidad de enfermería
- Evolución
- Crítica

13: Seres humanos unitarios

- Acreditaciones y antecedentes
- Fuentes teóricas
- Uso de datos empíricos
- Principales premisas
- Fundamentos teóricos
- Planteamiento lógico
- Aceptación por la comunidad de enfermería
- Evolución
- Crítica

14: Teoría del déficit de autocuidado en enfermería

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

15: Sistema conceptual y teoría de nivel medio del logro de objetivos

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

16: Modelo de sistemas

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aplicaciones por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

17: Modelo de adaptación

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Enfermería

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

18: Modelo del sistema conductual

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

Unidad IV: Teorías y grandes teorías

Introducción

19: Teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

20: Teoría de las transiciones

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

21: Modelo de promoción de la salud

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

22: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Principios o fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

23: Salud como expansión de la conciencia

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

24: Desarrollo humano

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Crítica

25: Modelos y modelado de roles

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

26: Teoría bioética sinfonológica

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

Unidad V: Teorías de nivel medio

Introducción

27: Adopción del rol materno: convertirse en madre

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

28: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

29: Teoría de la transcendencia del yo

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

30: Teoría de la trayectoria de la enfermedad

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

31: Teoría del duelo disfuncional

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

Precisión empírica

Consecuencias derivadas

32: Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

33: Teoría del confort

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Definiciones metaparadigmáticas

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

34: Teoría de la depresión posparto

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas y filosóficas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

35: Teoría de los cuidados

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

36: Teoría del final tranquilo de la vida

Acreditaciones y antecedentes

Fuentes teóricas

Uso de datos empíricos

Principales premisas

Fundamentos teóricos

Planteamiento lógico

Aceptación por la comunidad de enfermería

Evolución

Crítica

Unidad VI: El futuro de las teorías en enfermería

Introducción

37: Estado del arte y la ciencia de la teoría en enfermería

Filosofía de la ciencia normal

Expansión del desarrollo de teorías de nivel medio

Formación global en Enfermería

Índice alfabético

Página de créditos

ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.°, 08029, Barcelona, España

Nursing Theorists and Their Work
Copyright © 2018 by Elsevier Inc. All Rights Reserved.
Previous editions copyrighted © 2014, 2010, 2006, 2002, 1998, 1994, 1989, 1986.
ISBN: 978-0-323-40224-8

This translation of *Nursing Theorists and Their Work,* 9e, by Martha Raile Alligood, was undertaken by Elsevier España, S.L.U. and is published by arrangement with Elsevier Inc.

Esta traducción de *Nursing Theorists and Their Work,* 9.ª ed., de Martha Raile Alligood, ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. y se publica con el permiso de Elsevier Inc.

Modelos y teorías en enfermería, 9.ª ed., de Martha Raile Alligood
©2018 Elsevier España, S.L.U., 2002, 2007, 2011, 2014
ISBN: 978-84-9113-339-1
eISBN: 978-84-9113-408-4

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros
Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con

la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 45).

Advertencia

Esta traducción ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. bajo su única responsabilidad. Facultativos e investigadores deben siempre contrastar con su propia experiencia y conocimientos el uso de cualquier información, método, compuesto o experimento descrito aquí. Los rápidos avances en medicina requieren que los diagnósticos y las dosis de fármacos recomendadas sean siempre verificados personalmente por el facultativo. Con todo el alcance de la ley, ni Elsevier, ni los autores, los editores o los colaboradores asumen responsabilidad alguna por la traducción ni por los daños que pudieran ocasionarse a personas o propiedades por el uso de productos defectuosos o negligencia, o como consecuencia de la aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidas en esta obra.

Revisora científica:
Míriam Rodríguez Monforte
Profesora asociada de Rotatorio Práctico Básico, de Enfermería Comunitaria y de Seminario Profesionalizador, Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona

Servicios editoriales: *GEA* CONSULTORÍA EDITORIAL S.L.

Depósito legal: B 14438-2018
Impreso en Italia

Dedicatoria

Dedicado a la memoria de mis padres: George Fredrick Raile y Winifred Havener Raile, RN Se conocieron una noche que nevaba (él era su paciente) en el Good Samaritan Hospital, Zanesville, Ohio

Colaboradores

Herdis Alvsvåg RN, Cand Polit, Professor
VID Specialized University
Oslo, Norway

Mary T. Antonelli PhD(c), RN, PhD Candidate
Boston College
Chestnut Hill, Massachusetts

Donald E. Bailey Jr., PhD, RN, FAAN, Associate Professor
School of Nursing
Duke University
Durham, North Carolina

Barbara E. Banfield PhD, RN, Associate Professor
Madonna University
Livonia, Michigan

Violeta A. Berbiglia EdD, MSN, Associate Professor, Retired
School of Nursing
The University of Texas Health Science
Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Debra A. Bournes RN, PhD, Chief Nursing Executive and Vice
President Clinical Programs
The Ottawa Hospital
Ottawa, Canada

Nancy Brookes PhD, RN, MSc(A), Nurse Scholar
Adjunct Professor
University of Ottawa Faculty of Health Sciences—Nursing
Ottawa, Canada

Karen A. Brykczynski PhD, RN, FNP, FAAN, Professor, Retired
School of Nursing at Galveston
The University of Texas Medical Branch
Galveston, Texas

Sandra Schmidt Bunkers PhD, RN, FAAN, Adjunct Professor of Nursing
South Dakota State University
Brookings, South Dakota

Sherrilyn Coffman PhD, RN, COI, Professor
School of Nursing
Nevada State College
Henderson, Nevada

Thérèse Dowd PhD, RN, Associate Professor Emeritus
College of Nursing
University of Akron
Akron, Ohio

Margaret E. Erickson PhD, RN, CNS, APHN-BC, CEO
American Holistic Nurses Credentialing Corporation
Cedar Park, Texas

Mary Gunther PhD, RN, Associate Dean
Academic Affairs
University of Tennessee
Knoxville, Tennessee

Dana M. Hansen PhD, APRN, ACHPN, Assistant Professor
College of Nursing
Kent State University

Kent, Ohio

Sonya R. Hardin PhD, RN, CCRN, NP-C, Professor
College of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Robin Harris PhD, ANP-BC, ACNS-BC, Clinical Assistant Professor
College of Nursing
University of Tennessee
Knoxville, Tennessee

Bonnie Holaday PhD, RN, FAAN, Professor Emerita
School of Nursing
Clemson University
Clemson, South Carolina

Eun-Ok Im PhD, MPH, RN, CNS, FAAN, Professor & Mary T. Champagne Professor
School of Nursing
Duke University
Durham, North Carolina

Dorothy Jones EdD, MSN, BSN
Senior Nurse Scientist
Massachusetts General Hospital
Boston, Massachusetts
Professor
Boston College
Chestnut Hill, Massachusetts

Lisa Kitko PhD, RN, FAHA, Assistant Professor
College of Nursing
The Pennsylvania State University
University Park, Pennsylvania

Theresa Gunter Lawson PhD, APRN, FNP-BC, CNE, Visiting

Professor
Chamberlain College of Nursing
Family Nurse Practitioner
Neuman Systems Model Trustees Group
Anderson Free Clinic
Anderson, South Carolina

Danielle Leone-Sheehan MSN, RN, PhD Candidate
Connell School of Nursing
Boston College
Chestnut Hill, Massachusetts

Unni Å. Lindström PhD, RN, Professor Emerita
Department of Caring Science
Åbo Academy University
Vasa, Finland

M. Katherine Maeve PhD, RN
Adjunct Faculty
Augusta University
Augusta, Georgia
Mental Health Outpatient Case
Manager
Charlie Norwood Veterans Medical
Center
Augusta, Georgia

Marilyn R. McFarland PhD, RN, FNP-BC, CTN-A, Professor of
Nursing and Family Nurse
Practitioner, Advanced Certified
Transcultural Nurse, Author
Department of Nursing
University of Michigan—Flint
Flint, Michigan

Gwen McGhan PhD, RN, Assistant Professor
School of Nursing
University of Alabama at Birmingham
Birmingham, Alabama

Linda C. Mefford PhD, APRN, NNP-BC, RNC-NIC, Associate Professor
Bellarmine University
Louisville, Kentucky

Molly Meighan PhD, RNC-e, Professor Emerita
Division of Nursing
Carson-Newman University
Jefferson City, Tennessee

Patricia R. Messmer PhD, MA, MSN, FAAN, Consultant for Nursing Research &
Education
Benjamín León School of Nursing
Miami Dade College
Miami, Florida

Gail J. Mitchell RN, PhD, Professor
School of Nursing
York University
Toronto, Canada

Julie L. Murphy MSN, RN, Doctoral Candidate
College of Nursing
The Pennsylvania State University
University Park, Pennsylvania

Lisbet Lindholm Nyström PhD, RN, Associate Professor, Retired
Department of Caring Science
Åbo Academy University
Vasa, Finland

Janice Penrod PhD, RN, FGSA, FAAN, Professor
College of Nursing
The Pennsylvania State University
University Park, Pennsylvania

Susan A. Pfettscher PhD, RN, Clinical Nurse
PD Program

DaVita
Templeton, California

Kenneth D. Phillips PhD, RN, Professor and Associate Dean for Research
College of Nursing
East Tennessee State University
Johnson City, Tennessee

Marie E. Pokorny PhD, RN, Professor Emerita of Nursing
College of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Marguerite J. Purnell PhD, RN, AHN-BC, Professor Emeritus
Christine E. Lynn College of Nursing
Florida Atlantic University
Boca Raton, Florida

Pamela G. Reed PhD, MSN, MA, FAAN, Professor
College of Nursing
The University of Arizona
Tucson, Arizona

Teresa J. Sakraida PhD, RN, Associate Professor
Christine E. Lynn College of Nursing
Florida Atlantic University
Boca Raton, Florida

Ann M. Schreier PhD, RN, Associate Professor
College of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Carrie Scotto PhD, RN, Associate Professor
College of Nursing
University of Akron
Akron, Ohio

Christina Leibold Sieloff PhD, RN, Associate Professor

College of Nursing
Montana State University
Bozeman, Montana

Cynthia K. Snyder MSN, RN, Doctoral Student
The Pennsylvania State University
University Park, Pennsylvania

Janet L. Stewart PhD, RN, Dean
Faculty of the Health Sciences
Kibogora Polytechnic Institute
Kirambo, Rwanda, Africa

Danny G. Willis DNS, RN, PMHCNS-BC, Associate Professor & Department Chair
Connell School of Nursing
Boston College
Chestnut Hill, Massachusetts

Jane C. Wilson MSN, RN, Assistant Professor of Nursing
Palm Beach Atlantic University
West Palm Beach, Florida

Danuta M. Wojnar PhD, RN, FAAN, Professor & Associate Dean Undergraduate Education
College of Nursing
Seattle University
Seattle, Washington

Joan E. Zetterlund PhD, RN, Professor Emerita
School of Nursing
North Park University
Chicago, Illinois

Revisores

Karen E. Alexander, PhD, RN, CNOR Program Director and Assistant
Professor RN-BSN
University of Houston - Clear Lake
Houston, Texas

ChengChing Hiya Liu, RN, PhD, MBA Assistant Professor
College of Nursing
Michigan State University
East Lansing, Michigan

Ronda Mintz-Binder, DNP, RN, CNE Clinical Associate
Professor
College of Nursing Health Innovation
University of Texas at Arlington
Arlington, Texas

Karen Pennington, PhD, RN Director RN-BSN and MS Leadership
Programs
Loretto Heights School of Nursing
Regis University
Denver, Colorado

Lynda F. Turner, EdD, MSN, RN, ACNS-BC, CNE Associate Professor and Director
of BSN Program
Marshall University

Huntington, West Virginia

Wendy Wheeler, RN, BScN, MN Instructor
Red Deer College
Alberta, Canada

Sarah J. Williams, BSN, MA, MSN, PhD Professor and Director
RN-BSN-MSN
Nursing Program
Ila Faye Miller School of Nursing
and Health Professions
University of the Incarnate Word
San Antonio, Texas

Sobre la editora

Martha Raile Alligood es profesora emérita en la Facultad de Enfermería de la East Carolina University, en Greenville, Carolina del Norte, donde fue directora del programa de doctorado en Enfermería. Graduada en la Good Samaritan School of Nursing, también posee una licenciatura en Literatura Sagrada (BSL, *bachelor of sacred literature*) por la Johnson University, una licenciatura de Ciencias en Enfermería (BSN, *bachelor of science in nursing*) por la University of

Virginia, un máster (MS, *master of science*) con especialidad en Enfermería de la Ohio State University y un doctorado (PhD, *doctorate of philosophy*) en Ciencias de la Enfermería por la New York University.

Su carrera en formación de enfermería comenzó en Rhodesia (actualmente Zimbabue), África, y se desarrolló a través de nombramientos docentes en las universidades de Florida, South Carolina, Tennessee y East Carolina. Entre las asociaciones profesionales a las que pertenece se encuentran los Epsilon and Beta Nu Chapters de Sigma Theta Tau International (STTI) y la Society of Rogerian Scholars (SRS).

Ha recibido numerosos premios y distinciones, es Academy of Nursing Education Fellow (ANEF) de la National League for Nursing (NLN). Recibió los Premios Leadership in Research de la Southern Nursing Research Society (SNRS) y Chancellors's Women of Distinction de la East Carolina University. Como miembro de la Board of Trustees de la Johnson University, la Dra. Alligood preside el Academic Affairs Committee.

Es conocida a escala nacional e internacional por su experiencia en teorías de la enfermería, fue editora colaboradora de la columna «Theoretical Concerns», de *Nursing Science Quarterly,* vol. 24, 2011, y consultora y entrevistadora para *The Nurse Theorists*: *Portraits of Excellence,* vol. II, 2008, y vol. III, 2016, una serie de vídeos para Fitne, Inc. Athens, OH. Es autora y editora de la quinta edición de *Nursing Theory: Utilization & Application,* así como de esta novena edición de *Modelos y teorías en enfermería.*

Créditos de la fotografía: Center for Health Sciences Communication, Brody School of Medicine, East Carolina University, Greenville, NC.

Prefacio

Este libro es un homenaje a las teóricas de la enfermería y un clásico en la bibliografía sobre teorías enfermeras. Presenta a las principales pensadoras en este campo, revisa algunas de sus aportaciones más relevantes al conocimiento teórico, ofrece una lista de sus publicaciones y enumera aquellas que se han basado en sus trabajos y en los escritos en torno a sus publicaciones teóricas.

La introducción de la unidad I presenta al lector un gráfico que constituye una novedad de esta edición. Este gráfico muestra el tipo de trabajo teórico presentado en esa unidad en relación con los trabajos de las otras unidades. La unidad I destaca la base: persona, entorno, salud y enfermería, los conceptos de metaparadigma que forman los límites de la disciplina enfermera.

La unidad I ha sido reestructurada para presentar mejor la organización del libro. El capítulo 1 presenta una breve historia del desarrollo del conocimiento de enfermería y su importancia para la disciplina y la práctica profesionales. El capítulo 2 continúa la introducción histórica con 10 trabajos de ediciones anteriores de *Modelos y teorías en enfermería* presentados brevemente como teóricos de la enfermería de importancia histórica. Entre ellos se encuentran Peplau, Henderson, Abdellah, Wiedenbach, Hall, Travelbee, Barnard, Adam, Orlando, y los trabajos de Roper, Logan y Tierney. En los capítulos 3 y 4 se presenta una introducción a la historia y la filosofía de la ciencia, al razonamiento lógico y a los procesos de desarrollo de la teoría. Finalmente, el capítulo 5 presenta una introducción al conocimiento en enfermería, a los tipos de conocimiento, al marco utilizado para el análisis de cada trabajo teórico y al esquema del contenido de los capítulos 6 a 36.

En la unidad II se presentan las filosofías de Nightingale, Watson, Ray, Benner, Martinsen y Eriksson. La unidad III incluye los modelos de enfermería de Levine, Rogers, Orem, King, Neuman, Roy y Johnson. La unidad IV comienza con el trabajo de Boykin y Schoenhofer sobre la teoría de la enfermería, seguido de los trabajos de Meleis, Pender, Leininger, Newman, Parse, Erickson, Tomlin y Swain, y G. Husted y J. Husted. La unidad V presenta trabajos teóricos de nivel medio de Mercer, Mishel, Reed, Wiener y Dodd, Eakes, Burke y Hainsworth, Barker, Kolcaba, Beck, Swanson, Ruland y Moore. La unidad VI ofrece tres perspectivas sobre las innovaciones y la ciencia de las teorías de la enfermería: el desarrollo de la filosofía de la ciencia de enfermería, el avance del desarrollo teórico en esta era de la utilización de la teoría y la evidencia global de los trabajos teóricos en enfermería en la literatura de enfermería de todo el mundo.

Esta obra presenta el trabajo de teóricos de la enfermería de todo el mundo, incluidos los trabajos de teóricos internacionales que se han traducido al inglés. *Modelos y teorías en enfermería* también se ha traducido a numerosos idiomas para profesores y estudiantes de Enfermería en otras partes del mundo, así como para profesionales de esta disciplina.

Enfermeras y estudiantes de todas las etapas de formación tienen interés en estudiar las teorías de enfermería y la aplicación de los trabajos de los teóricos de todo el mundo. Quienes acaben de empezar sus estudios de enfermería, ya sea en niveles de grado o diplomatura, encontrarán interesantes los conceptos, las definiciones y las afirmaciones teóricas. Los estudiantes de máster y doctorado estarán más interesados en el planteamiento lógico, la aceptación por la comunidad de enfermería y las fuentes teóricas para el desarrollo y el uso de datos empíricos. La bibliografía y las lecturas recomendadas son especialmente útiles para estudiantes universitarios que necesitan localizar fuentes primarias y secundarias que amplíen las páginas web específicas de cada pensadora. Las siguientes páginas web globales constituyen excelentes recursos, con información sobre recursos teóricos y vínculos a las pensadoras individuales presentadas en este libro:

- Página de enlace a las teorías de enfermería, Clayton

College and State University, Department of Nursing: http://www.clayton.edu/nursing/Nursing-Theory.

- Página de teorías de enfermería, Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego: https://www.sandiego.edu/nursing/research/nursing-theory-research.php.
- Una colección completa de recursos de teorías en enfermería, *The Nurse Theorists: Portraits of Excellence, Vol. I and Vol. II and Nurse Theorists: Excellence in Action:* https://www.fitne.net/nurse_theorists.jsp.

Los trabajos de las pensadoras presentados en este texto han estimulado un extraordinario crecimiento de la bibliografía de enfermería y han enriquecido las vidas de los profesionales de todo el mundo al guiar la investigación, la formación, la administración y la práctica de la enfermería. Tal crecimiento se multiplica con el análisis y la síntesis de estas obras, genera ideas novedosas y desarrolla nuevas teorías y aplicaciones para la formación en la disciplina y los cuidados de calidad en la profesión de la enfermería.

Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a las pensadoras por la crítica del original y de muchos capítulos posteriores sobre ellas mismas para mantenerlos actualizados y provistos de un contenido preciso. El trabajo de Paterson y Zderad ha sido omitido por su petición expresa.

Estoy muy agradecida con quienes han contribuido o trabajado en el anonimato en las ediciones anteriores para desarrollar este libro a lo largo de los años. En la tercera edición, me uní a Ann Marriner Tomey, quien fue la principal autora, para reordenar y editar los capítulos para que fuesen coherentes con la nueva organización del libro. Posteriormente, el personal de Mosby me invitó a diseñar y coeditar un libro de teoría de la enfermería enfocado a la práctica, *Nursing Theory: Utilization and Application.* A partir de la quinta edición de este libro, Ann Marriner Tomey me invitó a coeditar y participar en dos ediciones más (quinta y sexta) de *Modelos y teorías en enfermería*. Después de que Ann se jubilase, completé la séptima, la octava y la novena ediciones. Reconozco a Ann Marriner Tomey su visión a la hora de desarrollar esta obra. Sus consejos, sabiduría y amistad contribuyeron al desarrollo de mi carrera profesional. Debe ser elogiada por poner en marcha este libro, que continúa haciendo valiosas contribuciones globales a la disciplina y la profesión de enfermería.

Quiero dar las gracias a la Dra. Marie E. Pokorny, a quien consulté sobre la reestructuración de la unidad I. Me brindó su apoyo y sus sabios consejos para reflejar mejor el flujo de la historia para los estudiantes de primer año en la unidad I de esta novena edición.

Como en la mayoría de las nuevas ediciones, doy la bienvenida a los nuevos autores y estudiantes de doctorado que participan en esta edición: el Dr. Danny Willis y Danielle M. Leone-Sheehan en el capítulo 7 sobre Jean Watson, la Dra. Linda Mefford en el capítulo 12 sobre Myra Estrin Levine, Jane Wilson en el capítulo 21 sobre Nola J. Pender, la Dra. Dorothy Jones y Mary Antonelli en el capítulo 23 sobre Margaret Newman, la Dra. Sandra Bunkers en el capítulo 24 sobre Rosemary Parse, la Dra. Pam Reed en el capítulo 29 sobre Pam Reed, y Julie L. Murphy y Cynthia K. Snyder en el capítulo 30 sobre Carolyn L. Wiener y Marilyn J. Dodd.

Finalmente, me gustaría agradecer a los editores de Elsevier su orientación y ayuda a lo largo de los años para llevar este libro a su novena edición. Las revisiones externas solicitadas por los editores de Elsevier han contribuido al éxito del desarrollo de cada nueva edición. Los autores de los capítulos, que a lo largo de los años han participado con su experto conocimiento sobre las teóricas y su trabajo, continúan realizando una valiosísima contribución.

Martha Raile Alligood

UNIDAD I

Evolución de las teorías en enfermería

Introducción
Capítulo 1: Introducción a las teorías en enfermería: historia e importancia
Capítulo 2: Teóricas de la enfermería de importancia histórica
Capítulo 3: Historia de la ciencia enfermera
Capítulo 4: Proceso de desarrollo de teorías
Capítulo 5: Estructura y análisis del conocimiento especializado en enfermería

Introducción

- El reconocimiento como carrera de la disciplina enfermera llevó a buscar unos conocimientos teóricos para orientar la formación, la práctica profesional, la investigación y la administración.
- La historia de la enfermería y los desarrollos relevantes demuestran la tremenda influencia que la teoría tuvo sobre esta como campo especializado de actividad (profesión) y también como rama educativa (disciplina).
- La enfermería ha seguido un desarrollo de conceptos a marcos conceptuales, a modelos, a teorías, a teorías de rango medio a nivel práctico durante la era de utilización de la teoría.
- Conocer la utilidad de los conceptos en el proceso de desarrollo de la teoría contribuye a comprender los trabajos teóricos en la disciplina enfermera.
- La teoría juega un papel fundamental en el desarrollo del conocimiento, porque especifica preguntas y orienta y guía el proceso de investigación.
- El análisis facilita el aprendizaje a través de la revisión sistemática, y la reflexión crítica sobre los trabajos teóricos de la disciplina.
- El análisis de las teorías inicia el proceso de identificación de un marco de toma de decisiones para la práctica o la investigación enfermeras.

La filosofía
establece las bases del significado de los fenómenos enfermeros mediante el análisis, el razonamiento y la presentación lógica de conceptos e ideas.
Los modelos conceptuales
son un conjunto de conceptos que tratan de explicar los fenómenos centrales de la enfermería a través de una serie de proposiciones que explican la relación entre ellos.
El concepto de gran teoría
deriva de un modelo conceptual y propone una hipótesis susceptible de análisis que valora la premisa principal del modelo.
La teoría en enfermería
son proposiciones susceptibles de análisis derivadas de las filosofías, los modelos conceptuales, las grandes teorías, las teorías sobre la enfermería abstractas o las teorías de otras disciplinas. Las teorías son menos abstractas que la gran teoría y menos específicas que las teorías de nivel medio.
El concepto de teoría de nivel medio
es más específico para la práctica y propone una serie de aspectos de la enfermería prácticos y susceptibles de análisis, que incluyen detalles como el grupo de edad del paciente, su situación familiar, su estado de salud, su localización y la acción de la enfermera.
Futuro de la teoría en enfermería
Los sistemas teóricos en enfermería orientan y generan comprensión para la práctica, la investigación, la administración y la formación.
Metaparadigma
Los límites conceptuales de la disciplina enfermera en sentido amplio: seres humanos, entorno, salud y enfermería

1

Introducción a las teorías en enfermería: historia e importancia

Martha Raile Alligood[*]

«La acumulación sistemática de conocimientos es esencial para progresar en cualquier profesión… sin embargo, teoría y práctica deben ser constantemente interactivas. La teoría sin la práctica está vacía, y la práctica sin la teoría, ciega.»

(Cross, 1981, pág. 110)

Este texto tiene como objetivo presentar a los teóricos de la enfermería y su trabajo. Las teorías en enfermería se convirtieron en un tema importante en la última mitad del siglo XX, y aún en la actualidad siguen estimulando un extraordinario desarrollo profesional y una extensa bibliografía y formación sobre enfermería. Los teóricos de la enfermería que se comentan en esta obra se han elegido para dar a conocer a los estudiantes de todos los niveles una amplia gama de teóricos y sus distintos trabajos. Aunque las enfermeras de las épocas iniciales solían proporcionar una asistencia excelente a sus pacientes, gran parte de los conocimientos enfermeros no se habían demostrado ni se usaban de forma uniforme en la práctica o la formación. Las ideas se transmitían mediante la enseñanza centrada en la habilidad y en las

tareas funcionales de las prácticas enfermeras que parecían eficaces. Por tanto, un objetivo importante fue expuesto por las figuras prominentes de la enfermería en el siglo XX para el desarrollo de un conocimiento de esta disciplina en el que pudiera basarse su práctica, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y obtener el reconocimiento de la enfermería como profesión. La historia de la profesión documenta claramente los esfuerzos sostenidos realizados con el objetivo de desarrollar un corpus de conocimientos especializados en enfermería que orientara la práctica de esta disciplina (Alligood, 2014; Alligood y Tomey, 1997; Bixler y Bixler, 1959; Chinn y Kramer, 2015; George, 2011; Im y Chang, 2012; Judd y Sitzman, 2013; McCrae, 2012; Meleis, 2012; Shaw, 1993).

Este capítulo introduce las teorías en enfermería desde dos perspectivas importantes: historia e importancia. Cada uno de estos aspectos contribuye a comprender las aportaciones de los teóricos de la enfermería y su trabajo. Una breve **historia** del desarrollo de la enfermería desde la vocación a la profesionalización presenta una descripción de la búsqueda de los conocimientos básicos en enfermería que permiten fundamentar la práctica enfermera. Esta búsqueda progresiva condujo a esta última y excitante época final de utilización de las teorías dentro de la historia de la enfermería. La historia nos permite valorar el contexto y la perspectiva para comprender la **importancia** continuada de las teorías en enfermería. Conforme avanzaba la enfermería, la importancia de las teorías en enfermería quedaba más clara para la disciplina y la profesión enfermeras.

Historia de las teorías en enfermería

La historia de la enfermería profesional empezó con Florence Nightingale. Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos. Después de su servicio de organización y cuidado de los heridos en Scutari, durante la Guerra de Crimea, su idea y la creación de una escuela de Enfermería en el St. Thomas' Hospital de Londres fijó el nacimiento de la enfermería moderna.

Las actividades pioneras de Nightingale en la práctica y la educación en enfermería y sus escritos posteriores sirvieron como guía para establecer escuelas de Enfermería y hospitales en EE. UU. a principios del siglo XX (Judd y Sitzman, 2013; Kalisch y Kalisch, 2003).

La visión de la enfermería que tenía Nightingale (1859/1969) se ha estado poniendo en práctica durante más de un siglo, y el desarrollo de la teoría en enfermería ha evolucionado rápidamente durante las últimas seis décadas, lo que llevó, finalmente, al reconocimiento de la enfermería como disciplina académica, con un corpus de conocimientos especializados (Alligood, 2014; Bixler y Bixler, 1959; Chinn y Kramer, 2015; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013; Im y Chang, 2012; Walker y Avant, 2011). A mediados del siglo XIX, Nightingale reconoció el objetivo singular de la enfermería y declaró que el conocimiento enfermero era diferente del conocimiento médico. Describió que la función propia de las enfermeras era situar al paciente en la mejor condición para que la naturaleza (Dios) ejerciera su acción sobre él. Nightingale expuso lo siguiente: los cuidados de los enfermos se basan en el conocimiento de las personas y su entorno –una base de conocimientos diferente a la que usan los médicos en su ejercicio profesional– (Nightingale, 1859/1969). A pesar de este temprano aserto de Nightingale en los años cincuenta del siglo XIX, hubieron de transcurrir 100 años, ya en los años cincuenta del siglo XX, para que los líderes de la profesión enfermera comenzaran un debate profundo sobre la necesidad de desarrollar un conocimiento de esta disciplina separado del conocimiento médico para orientar la práctica profesional. Esta conciencia de la necesidad de desarrollar el conocimiento enfermero ha seguido creciendo (Alligood, 2014; Chinn y Kramer, 2015; Meleis, 2012; Walker y Avant, 2011). Hasta la propuesta de la enfermería como una ciencia en los años cincuenta, la práctica de la enfermería se basaba en principios y tradiciones heredados del modelo de formación sustentada en el aprendizaje práctico y en los manuales individuales de procedimientos hospitalarios (Alligood, 2014; Kalisch y Kalisch, 2003). Aunque algunas figuras prominentes de la enfermería aspiraban a que su campo fuera reconocido como una profesión y se convirtiera en una disciplina académica, la práctica de la enfermería reflejaba su

legado vocacional, más que su visión profesional. La transición de la vocación a la profesión se describe aquí en las sucesivas eras de la historia cuando las enfermeras empezaron a desarrollar un corpus de conocimientos especializados en el cual basar la práctica enfermera. Las enfermeras comenzaron con un fuerte componente práctico, y se esforzaron durante todo el siglo para lograr el desarrollo de la enfermería como una profesión. La progresión en cada una de estas áreas hacia el objetivo de lograr una base especializada para la práctica enfermera demuestra la seriedad de este impulso por conseguir el desarrollo profesional (Alligood, 2014).

La **época del plan de estudios** abordó la cuestión de los contenidos que debían estudiar las enfermeras para aprender las bases de su profesión. Durante este período, se puso el acento en los cursos que deberían seguir los estudiantes de Enfermería, con el objetivo de perfilar un plan de estudios normalizado (Alligood, 2014). A mediados de los años treinta se había publicado un currículo estandarizado, que fue adoptado por muchos programas de diplomatura en Enfermería, en los que se enseñaba esta disciplina en aquellos tiempos. La idea de mover la formación en Enfermería desde los programas de diplomatura basados en hospitales a las facultades y universidades empezó a surgir en este momento (Ervin, 2015; Judd y Sitzman, 2013). Sin embargo, a pesar de lo temprano de esta idea para la formación en enfermería, hubo que esperar hasta mediados del siglo XX para que la mayoría de los estados actuaran de acuerdo con este objetivo, y en la segunda mitad del siglo los programas de diplomatura empezaron a clausurarse mientras en escuelas superiores y universidades se abrían programas de formación en Enfermería (Ervin, 2015; Judd y Sitzman, 2013; Kalisch y Kalisch, 2003). La época del plan de estudios consistió sobre todo en la selección y el contenido de los cursos de los programas de Enfermería y abrió el camino a la época de la investigación, que se centró en el proceso de investigación y en el objetivo, a largo plazo, de adquirir un conocimiento sustantivo que orientara la práctica enfermera.

Conforme los aspirantes a ejercer la enfermería buscaban cada vez más graduarse en cursos de formación superior, empezó a emerger la **época de la insistencia en la investigación.** A mediados

del siglo XX, cada vez más destacadas figuras de la enfermería completaron una formación superior y llegaron a una comprensión de la era científica, lo que las llevó a alcanzar, mediante la investigación, nuevos conocimientos relacionados con la disciplina enfermera. Los miembros de la profesión empezaron a participar en la investigación, y en los planes de estudios de Enfermería de los primeros programas superiores de la disciplina se incluyeron cursos sobre investigación (Alligood, 2014). A mediados de los años setenta, una evaluación de los primeros 25 años de la revista *Nursing Research* puso de relieve que los estudios de Enfermería carecían de conexiones conceptuales y marcos teóricos, lo que acentuaba su necesidad para el desarrollo de un conocimiento especializado en enfermería (Batey, 1977). La conciencia de la necesidad del desarrollo conceptual y teórico coincidió con otros dos hitos en la evolución de las teorías en enfermería: la normalización de los planes de estudios para la formación de másteres en Enfermería en virtud de los criterios de acreditación de la National League for Nursing para programas de licenciatura y grado superior, y la decisión de que la formación doctoral de los profesionales de enfermería debía realizarse dentro de su propio ámbito (Alligood, 2014).

La época de la investigación y la **época de la formación universitaria** se desarrollaron en paralelo. Nacieron programas de máster en Enfermería en todo el país para atender la necesidad pública de profesionales enfermeros para la práctica clínica especializada en este campo. Muchos de estos programas de estudios superiores incluían un curso que introducía al estudiante en el proceso de investigación. Además, durante este período, los programas de máster en Enfermería empezaron a incluir cursos sobre desarrollo de conceptos y modelos de enfermería, que introducían a los estudiantes en los primeros trabajos teóricos de su disciplina y en los procesos de desarrollo de los conocimientos (Alligood, 2014). El desarrollo del conocimiento en enfermería fue una importante fuerza impulsora durante esta época. La licenciatura empezó a adquirir una aceptación cada vez más amplia como nivel formativo de los profesionales de enfermería, y esta disciplina alcanzó un reconocimiento y una aceptación a escala nacional como una materia académica en la educación superior. Los

investigadores en enfermería empezaron a desarrollar y a clarificar un corpus de conocimientos especializados en su campo, con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes, proporcionar un estilo de práctica profesional y alcanzar el reconocimiento como profesión. En los años sesenta surgieron debates y discusiones acerca de la dirección adecuada y la disciplina correcta de cara al desarrollo de los conocimientos en enfermería. En los años setenta, la enfermería prosiguió en la senda de la transición desde la vocación a la profesión, conforme sus figuras más destacadas debatían sobre si su profesión debía basarse en la propia enfermería o en alguna otra disciplina. La historia ha dejado escritos los resultados: la práctica de la enfermería debe basarse en la ciencia de la enfermería (Alligood, 2014; Fawcett, 1978; Nicoll, 1986). Tal como destacó Meleis (2007), «la teoría no es un lujo en la disciplina enfermera… sino una parte integral de su léxico en la formación, la administración y la práctica» (pág. 4). Un elemento precursor importante de la época de las teorías fue la aceptación general de la enfermería como una profesión y una disciplina académica de pleno derecho.

La **época de las teorías** fue la evolución natural de las anteriores, de la investigación y la formación universitaria (Alligood, 2014; Im y Chang, 2012). La proliferación explosiva de los programas doctorales en Enfermería desde los años setenta y la bibliografía sobre las teorías en enfermería sustanciaron que los doctorados en esta disciplina debían realizarse en enfermería (Nicoll, 1986; 1992; 1997; Reed y Shearer, 2009; 2012; Reed, Shearer y Nicoll, 2003). Conforme aumentaba la comprensión de la investigación y el desarrollo de conocimientos, quedó claro que la investigación sin un marco conceptual y teórico generaba información aislada, en lugar de un corpus de conocimientos de enfermería. Comprender que hacía falta tanto investigación como teorías para generar ciencia enfermera permitió a las enfermeras llegar a alcanzar su objetivo (Batey, 1977; Fawcett, 1978; Hardy, 1978). El doctorado en Enfermería empezó a evolucionar centrándose en el desarrollo y la demostración de las teorías. La era de las teorías se aceleró cuando los trabajos iniciales se convirtieron en marcos para los currículos y las recomendaciones de práctica avanzada empezaron a ser reconocidas como teorías. De hecho, la Nurse Educator Nursing

Theory Conference, celebrada en la ciudad de Nueva York en 1978, presentó a un grupo de teóricos de la enfermería juntos en el mismo programa por vez primera (Alligood, 2014; Fawcett, 1984).

La década de los años ochenta fue un período de desarrollos importantes en las teorías en enfermería, caracterizado por una transición del período preparadigmático al paradigmático (Fawcett, 1984; Hardy, 1978; Kuhn, 1970). Los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían perspectivas para la educación, la práctica, la investigación, la administración y el desarrollo posterior de las teorías en enfermería. En los años ochenta, la propuesta fundamental de Fawcett de que cuatro conceptos generales de enfermería representaban un metaparadigma en enfermería añadía una estructura organizativa a los marcos existentes e introducía una forma de organizar los trabajos teóricos individuales en una estructura significativa (Fawcett, 1978, 1984, 1993). La clasificación de los modelos de enfermería como paradigmas dentro de los conceptos de metaparadigma de **persona, entorno, salud** y **enfermería** unía sistemáticamente los trabajos teóricos de enfermería a la disciplina. Este sistema clarificaba y mejoraba la comprensión del desarrollo del conocimiento al situar los trabajos de los teóricos en un contexto más amplio, facilitando, por tanto, en gran medida el crecimiento de la ciencia enfermera (Fawcett, 2005). El corpus de la ciencia enfermera en la investigación, la educación, la administración y la práctica continúa expandiéndose en la enseñanza de la enfermería. En las últimas décadas del siglo XX, el acento se desplazó del aprendizaje de los teóricos a la utilización de sus obras teóricas para generar cuestiones de investigación, guiar las prácticas y organizar los programas de estudios. La evidencia de este crecimiento de los trabajos teóricos ha proliferado en presentaciones específicas en conferencias nacionales e internacionales, y en boletines, revistas y libros escritos por científicos especializados en enfermería que son miembros de sociedades o comunidades de expertos en modelos y teorías de esta disciplina. Sus miembros contribuyen a la bibliografía general sobre enfermería y comunican su investigación y su práctica con un cierto modelo o marco paradigmático en las conferencias de las sociedades en las que presentan sus conocimientos e impulsan hacia delante la ciencia del paradigma seleccionado (Alligood 2014;

Fawcett y Garity, 2009; Im y Chang, 2012; Smith y Parker, 2014).

Estas observaciones sobre el progreso del desarrollo de teorías en enfermería evocan la descripción de Kuhn (1970) de la ciencia normal. Su filosofía de la ciencia aclara una visión de la evolución de las teorías en enfermería a través de la ciencia de los paradigmas. Es importante comprender, en términos históricos, que lo que en la actualidad contemplamos colectivamente como modelos y teorías de enfermería es obra de personas que originalmente publicaron sus ideas y conceptualizaciones acerca de esta profesión en diversos lugares de Estados Unidos y en todo el mundo. Aquellas obras fueron vistas más tarde de forma colectiva como integrantes de una estructura sistemática de conocimientos de acuerdo con un análisis y una evaluación (Fawcett, 1984, 1993, 2005). El desarrollo teórico surgió como un proceso y un producto de los conocimientos profesionales y el desarrollo entre figuras prominentes de la enfermería, administradores, docentes y profesionales que aspiraban a una formación superior. Aquellas figuras reconocieron las limitaciones de la teoría con respecto a otras disciplinas a la hora de describir, explicar o predecir los resultados de la enfermería, y se esforzaron por establecer una base científica para los programas de estudios, práctica, investigación y gestión en este campo. El desarrollo y el uso de las teorías derivaron en lo que se reconoce actualmente como la época de las teorías en enfermería (Alligood, 2014; Nicoll, 1986; 1992; 1997; Reed y Shearer, 2012; Reed, Shearer y Nicoll, 2003; Wood, 2014). Fue cuando Fitzpatrick y Whall (1983) afirmaron que «la enfermería está en el umbral de una era nueva y estimulante» (pág. 2). Aquella situación condujo a la **época de la utilización de las teorías.**

Los logros de la ciencia normal acompañaron a la época de la utilización de las teorías cuando el acento se desplazó hacia las aplicaciones de dichas teorías para la práctica, la formación, la investigación y la administración en enfermería (Alligood, 2014; Wood, 2014). En este período, se concretaron teorías de alcance medio y el valor de un marco de la enfermería para el pensamiento y la acción en la práctica de esta disciplina. El cambio de énfasis hacia la aplicación de las teorías en enfermería fue extremadamente importante para la enfermería sustentada en teorías, la práctica basada en la evidencia y el desarrollo de futuros marcos teóricos

(Alligood, 2010, 2014; Alligood y Tomey, 1997; 2002; 2006; Chinn y Kramer, 2015; Fawcett, 2005; Fawcett y Garity, 2009). La quinta edición de *Nursing Theory: Utilization & Application* (Alligood, 2014) ofrece numerosas aplicaciones de casos de los trabajos teóricos en la práctica enfermera. En la tabla 1.1 se incluye un resumen de las épocas de la búsqueda de un conocimiento especializado por parte de la enfermería. Dentro de cada período, la pregunta permanente «¿cuál es la naturaleza del conocimiento necesario para la práctica de la enfermería?» se abordó en el nivel de comprensión que prevalecía en cada momento (Alligood, 2014).

Tabla 1.1

Épocas históricas de la búsqueda de un conocimiento enfermero especializado

Época histórica	Cuestión principal	Énfasis	Resultados	Objetivo emergente
Época del plan de estudios: 1900-años cuarenta	¿Qué contenido deberían estudiar los estudiantes en los planes de estudios para ser profesionales de enfermería?	Cursos incluidos en programas de Enfermería	Planes de estudios normalizados para programas de diplomatura	Desarrollo de conocimiento especializado y formación superior
Época de la investigación: 1950-años setenta	¿Cuál es el foco de la investigación en enfermería?	Función de los profesionales de enfermería y qué investigar	Estudios de problemas y estudios de los profesionales de enfermería	Los estudios aislados no producen un conocimiento unificado
Época de la formación superior: 1950-años setenta	¿Qué conocimientos se necesitan para la práctica de la enfermería?	Desarrollar una función avanzada y una base para la práctica de la enfermería	Los profesionales de enfermería tienen un papel importante en la atención sanitaria	Enfoque en la formación superior para el desarrollo de conocimientos
Época de las teorías: 1980-años noventa	¿Cómo guían estos marcos la investigación y la práctica?	Existen muchas formas de pensar sobre la enfermería	Los trabajos teóricos sobre enfermería desplazan el foco hacia el paciente	Las teorías guían la investigación y la práctica
Época de la utilización de las teorías: siglo xxi	¿Qué nuevas teorías es necesario producir para proporcionar cuidados de calidad?	Las teorías en enfermería orientan la investigación, la práctica, la formación y la administración	Teorías de nivel medio a partir de enfoques cuantitativos o cualitativos	Los marcos de enfermería producen conocimiento (evidencias) para unos cuidados de calidad

Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory: Utilization & application.* St Louis: Mosby-Elsevier.

Este breve repaso histórico proporciona una cierta base y contexto para el estudio de los teóricos de la enfermería y de su obra. La época de la utilización de las teorías aún realza el desarrollo y el empleo de las teorías en enfermería y la producción de evidencias para la práctica profesional de calidad. Las nuevas teorías y metodologías derivadas de los enfoques de investigación cualitativa siguen ampliando las formas de conocimiento de Carper (1978) sobre los profesionales de enfermería que actúan como científicos. La utilización de filosofías, modelos y teorías de enfermería de nivel medio para el pensamiento y la acción de la práctica de esta disciplina contribuyen con evidencias importantes a los cuidados de calidad en todos los ámbitos de la práctica actual (Alligood, 2014; Fawcett, 2005; Fawcett y Garity, 2009; Peterson y Bredow, 2014; Smith y Leihr, 2013; Wood, 2014). La práctica enfermera actual requiere el conocimiento y uso de los trabajos teóricos de la disciplina (Alligood, 2014). No solo la teoría tiene importancia dentro de la evolución de la historia de la enfermería hacia el conocimiento enfermero especializado, sino que el conocimiento contribuyó también a que la enfermería fuera reconocida como profesión y disciplina.

Los logros de la profesión durante el siglo pasado fueron muy importantes para el desarrollo de la ciencia enfermera, aunque no llegaron de forma fácil. La historia demuestra que numerosas enfermeras fueron pioneras en la causa de la salud humana y desafiaron el *statu quo* con ideas creativas tanto para la salud de las personas como para el desarrollo de la enfermería. Sus logros dieron paso a este momento estimulante (Kalisch y Kalisch, 2003; Meleis, 2012; Shaw, 1993). Desde la publicación de la primera edición de *Modelos y teorías en enfermería* (1986), el volumen de trabajos teóricos ha aumentado mucho. Hay enfermeros que realizaron aportaciones importantes durante el período preparadigma de desarrollo del conocimiento enfermero (Hardy, 1973, 1978). Sin embargo, las referencias a estos trabajos iniciales en la bibliografía se hicieron cada vez más limitadas a pesar de sus importantes aportaciones. Por tanto, en la sexta edición de esta obra (2006) se incluyó un capítulo con 10 ejemplos seleccionados de esta fase precoz del desarrollo para reconocer sus importantes aportaciones. El capítulo 2 de esta obra presenta estos ejemplos

seleccionados (cuadro 1.1) de los primeros trabajos y sus actualizaciones para poder explorar mejor la historia e importancia de las teorías en enfermería dentro de la disciplina enfermera. Los lectores interesados en saber más sobre estos pioneros o cualquier teórico cuyo trabajo se incluya en esta obra deberían consultar las publicaciones originales. Los trabajos teóricos enfermeros son la forma más completa de presentar el conocimiento enfermero sistemático y, por tanto, son cruciales para el futuro tanto de la disciplina como de la profesión de la enfermería.

Cuadro 1.1 Primeras teóricas con importancia histórica

Hildegard E. Peplau	1909-1999
Virginia Henderson	1897-1996
Faye Glenn Abdellah	1919-actualmente
Earnestine Wiedenbach	1900-1996
Lydia Hall	1906-1969
Joyce Travelbee	1926-1973
Kathryn E. Barnard	1938-actualmente
Evelyn Adam	1929-actualmente
Nancy Roper*	1918-2004
Winifred Logan*	
Alison J. Tierney*	
Ida Jean Orlando Pelletier	1926-2007

* Roper, Logan y Tierney colaboraron en el modelo de enfermería de Roper-Logan-Tierney.

Importancia de las teorías en enfermería

A principios del siglo XX, la enfermería no era reconocida ni como una disciplina académica ni como una profesión, pero los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Los términos *disciplina* y *profesión* están interrelacionados y a veces se utilizan indistintamente; sin embargo, no significan lo mismo. Es importante tener en cuenta sus diferencias y su significado específico, como se indica en el cuadro 1.2.

Cuadro 1.2 Significado de disciplina y profesión

- Una *disciplina* es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento.
- Una *profesión* hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o el conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan.

Datos tomados de Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, *26*(2), 1113–1120; Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St Louis: Mosby; Styles, M. M. (1982). *On nursing: Toward a new endowment*. St Louis: Mosby.

Importancia para la disciplina

Cuando las enfermeras entraron en licenciaturas y programas de grado superior en las universidades durante la última mitad del siglo XX, empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera. Proliferaron los programas de titulación universitaria, se desarrollaron másteres en Enfermería y se realizó un currículo estandarizado a través de un proceso de acreditación. La enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual, y las líderes enfermeras presentaron sus perspectivas para el desarrollo de la ciencia que sustenta su profesión. Abordaron cuestiones importantes relativas a la disciplina acerca de si la enfermería era una ciencia aplicada o una ciencia básica (Donaldson y Crowley, 1978; Johnson, 1959; Rogers, 1970). La historia aporta evidencias del consenso al que llegaron, y empezaron a abrirse programas doctorales en Enfermería para generar un conocimiento especializado en este campo.

Los años setenta fue un período de desarrollo importante. En 1977, después de la publicación de la revista *Nursing Research* durante 25 años, los estudios se revisaron globalmente y publicaron sus puntos fuertes y débiles. Batey (1977) se centró en la importancia de la conceptualización enfermera en el proceso de investigación y del papel de un marco conceptual en el diseño de la investigación para producir ciencia. Esta insistencia condujo a la

época del desarrollo de las teorías e hizo avanzar la enfermería hacia un nuevo corpus de conocimientos para la práctica de esta profesión. Pronto, los trabajos teóricos en enfermería empezaron a ser reconocidos como medios de atender el llamamiento de Batey (Johnson, 1968; 1974; King, 1971; Levine, 1969; Neuman, 1974; Orem, 1971; Rogers, 1970; Roy, 1970). En 1978, Fawcett presentó su metáfora de la doble hélice (ahora una publicación clásica) que clarificaba la relación interdependiente entre teoría e investigación. También en esa época, enfermeras eruditas como Henderson, Nightingale, Orlando, Peplau y Wiedenbach fueron reconocidas por la naturaleza teórica de sus primeros escritos. Las educadoras desarrollaron estos primeros trabajos como marcos para la práctica enfermera o para estructurar el contenido del currículo en programas de Enfermería. La teoría de Orlando (1961, 1972) fue el resultado de un proyecto de investigación financiado a nivel nacional que fue diseñado para estudiar la práctica enfermera.

En la Nurse Educator Nursing Theory Conference celebrada en la ciudad de Nueva York en 1978, los teóricos se reunieron en el mismo escenario por vez primera, aunque la mayoría negaron ser teóricos y comprendían que el significado de las palabras usadas en enfermería era limitado en aquel momento. También debe mencionarse en este momento que Donaldson y Crowley (1978) presentaron la conferencia inaugural en la Western Commission of Higher Education in Nursing Conference en 1977, justo cuando estaban a punto de empezar los programas de doctorado en Enfermería en la University of Washington. Ellas discutieron sobre la naturaleza de la ciencia enfermera y del conocimiento necesario para la disciplina y la profesión. La versión publicada de su conferencia sigue siendo un clásico para que los estudiantes aprendan la diferencia entre la disciplina y la profesión enfermeras. Reclamaban tanto investigación básica como aplicada, afirmando que cada tipo de conocimiento era crucial para la enfermería como disciplina y como profesión. Ellas afirmaban que la disciplina y la profesión están relacionadas de manera inseparable, y que no conseguir separarlas ancla la enfermería en una visión más vocacional que profesional. El desarrollo actual de programas de doctorado en Enfermería de Práctica Avanzada (DNP, *Doctor of Nursing Practice*), que no se debe confundir con el doctorado en

Filosofía (PhD, *Philosophy Doctorate*) de la investigación enfermera, guarda relación con este aspecto.

Pronto, los marcos conceptuales enfermeros empezaron a ser utilizados para organizar planes de estudios en los programas de Enfermería y fueron reconocidos como modelos que abordan los valores y los conceptos de esta materia. La conceptualización creativa de un metaparadigma de la enfermería (persona, entorno, salud y enfermería) y una estructura de conocimientos aclararon la naturaleza relacionada de los trabajos colectivos de sus principales teóricos como marcos y paradigmas conceptuales de la enfermería (Fawcett, 1984). Este enfoque organizó los trabajos sobre enfermería en un sistema de conocimientos teóricos, desarrollado por distintos autores en diferentes momentos y en diversas zonas del país. Cada modelo conceptual de enfermería fue clasificado sobre la base de un conjunto de criterios de análisis y evaluación (Fawcett, 1984, 1993). El reconocimiento de las obras sobre enfermería separadas junto con su envoltura en un metaparadigma impulsó la consideración y la comprensión de los trabajos teóricos como un corpus de conocimientos de la enfermería. En resumen, la importancia de la teoría para la disciplina enfermera es que esta disciplina depende de la teoría para su existencia continuada –es decir, la enfermería puede ser una vocación o puede ser una disciplina con un estilo profesional de una práctica con una base teórica–. Los trabajos teóricos han conseguido que la enfermería alcance niveles formativos y prácticos más elevados conforme las enfermeras han desplazado su visión desde una perspectiva funcional, centrada en lo que hacen, a otra centrada en el paciente, en la que se resalta lo que piensan, la toma de decisiones y la acción.

Los marcos y las teorías son estructuras sobre los seres humanos y su salud que proporcionan a los profesionales de enfermería una perspectiva del paciente para la práctica de la profesión. Los profesionales proporcionan un servicio público en una práctica centrada en quienes atienden. El proceso enfermero se usa en la práctica, pero el foco de atención principal es el paciente o ser humano. El conocimiento de las personas, la salud y el entorno forma la base para el reconocimiento de la enfermería como disciplina, y este conocimiento se enseña a quienes entran a formar parte de la profesión. Cada disciplina o campo de conocimiento

incluye un conocimiento teórico. Por tanto, la enfermería como disciplina académica depende de la existencia de conocimiento enfermero (Alligood, 2011a; Grace et al., 2016; McCrae, 2012). Para aquellos que quieren entrar a formar parte de esta profesión, este conocimiento es básico para la práctica. Kuhn (1970), el filósofo de la ciencia, afirmó: «El estudio de los paradigmas… es lo que, en gran parte, prepara al estudiante como miembro de una comunidad científica concreta en la que posteriormente ejercerá» (pág. 11). Esto es importante para todos los profesionales de enfermería, y especialmente para los que entren a formar parte de la profesión, porque «a falta de un paradigma… todos los hechos que posiblemente podrían estar relacionados con el desarrollo de una determinada ciencia es probable que parezcan igual de importantes» (Kuhn, 1970, pág. 15). Finalmente, respecto a la prioridad de los paradigmas, Kuhn (1970) afirma: «Estudiándolos y ejerciendo con ellos, los miembros de su comunidad correspondiente aprenden su oficio» (pág. 43). Los estudiantes del máster y del doctorado en Enfermería de Práctica Avanzada (DNP, *Doctor of Nursing Practice*) aplican y comprueban el conocimiento enfermero en su práctica enfermera. Los estudiantes de doctorado (PhD) desarrollan y comprueban las teorías en enfermería y contribuyen a la ciencia enfermera realizando estudios de investigación basados en la teoría y generadores de nueva teoría (Grace et al., 2016).

Importancia para la profesión

La teoría no solo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que es también crucial para la práctica de la enfermería profesional (McCrae, 2012). El reconocimiento como profesión parecía un aspecto menos urgente a finales del siglo XX porque se produjo una progresión constante de las teorías en enfermería para solidificar el estado profesional. La enfermería se reconoce como profesión actualmente porque su desarrollo fue guiado por los criterios que definen una profesión. Bixler y Bixler (1959) publicaron un conjunto de criterios para una profesión adaptada a la enfermería en la revista *American Journal of Nursing* (cuadro 1.3). Estos criterios tienen valor histórico porque

mejoran la comprensión del camino de desarrollo que han seguido las enfermeras prominentes. Por ejemplo, durante la última mitad del siglo XX se formalizó una base de conocimiento bien definida, organizada y específica para la disciplina. Este conocimiento no es estático, más bien continúa creciendo en relación con los objetivos profesionales de la enfermería para el bienestar social y humano de la sociedad. Las teorías y la investigación resultan esenciales para la disciplina y la profesión, de forma que se sigue generando conocimiento basado en nuevas teorías (Grace et al., 2016; McCrae, 2012). La aplicación del conocimiento enfermero a la práctica es el criterio para una profesión, que actualmente se encuentra en primera línea, y se centra en la calidad, la responsabilidad, la base teórica o la evidencia informada y en el reconocimiento de la teoría de rango medio para la práctica profesional de la enfermería (Alligood, 2014).

Cuadro 1.3 Criterios para el desarrollo del estatus de profesional de enfermería

1. En su práctica, utiliza un corpus de conocimiento especializado bien definido y bien organizado que está en el nivel intelectual del aprendizaje superior.
2. Aumenta constantemente el corpus de conocimiento que utiliza y mejora sus técnicas de educación y servicio mediante el uso del método científico.
3. Confía la formación de sus profesionales a centros de educación superior.
4. Aplica su corpus de conocimiento en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano.
5. Funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales y, por tanto, controlar la actividad profesional.
6. Atrae a individuos con cualidades intelectuales y personales que ensalzan el servicio por encima del beneficio personal y que reconocen la ocupación que han escogido como un trabajo de por vida.
7. Lucha por compensar a sus profesionales proporcionándoles libertad de acción, oportunidades de crecimiento profesional y seguridad económica.

Tomado de Bixler, G. K., & Bixler, R. W. (1959). The professional status of nursing. *American Journal of Nursing, 59*(8), 1142-1146.

En las últimas décadas del siglo XX las ideas se centraron en el avance de la enfermería que se anticiparon al nuevo milenio. Styles (1982) abogaba por una distinción entre la profesión enfermera colectiva y la enfermera individual como una profesional, y el desarrollo interno basado en los ideales y creencias de la enfermería para avanzar en el desarrollo profesional. De forma similar, Fitzpatrick (1983) presentó una crónica histórica de los logros del siglo XX que habían llevado al estatus profesional de la enfermería. Styles (1982) y Fitzpatrick (1983) referenciaron una historia detallada específica del desarrollo de la enfermería como una profesión. Con el reconocimiento de la enfermería como una profesión, en este texto se enfatiza la relación entre los trabajos teóricos enfermeros y el estatus de enfermería como profesión. Pueden existir similitudes y diferencias en el conjunto de criterios empleados para evaluar las profesiones, pero todas requerían un corpus de conocimiento que sirviera de base para la práctica de una profesión determinada (Styles, 1982).

A medida que los profesionales de enfermería crecen en su estatus profesional, el uso de conocimiento sustantivo para la enfermería basada en la teoría y la evidencia es una cualidad característica de su práctica (Butts y Rich, 2011). Este acuerdo de práctica basada en la teoría y la evidencia es beneficioso para los pacientes en cuanto que guía los cuidados de enfermería de forma sistemática y erudita. También sirve a la profesión enfermera porque los profesionales de enfermería son reconocidos por sus contribuciones a la asistencia sanitaria de la sociedad. Como se ha comentado anteriormente, para la disciplina enfermera, el desarrollo de conocimiento es una actividad esencial a la que deben dedicarse las especialistas en enfermería. Es importante que los profesionales de enfermería sigan siendo reconocidos y respetados por su disciplina erudita y por su contribución a la salud de la sociedad.

Por último, el continuo reconocimiento de las teorías en enfermería como una herramienta para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones es necesario para la calidad en la práctica enfermera. La práctica profesional enfermera

requiere un método sistemático centrado en el paciente, y los trabajos teóricos describen las perspectivas del paciente. Los trabajos teóricos presentados en este libro ilustran las diferentes perspectivas. Las filosofías de la enfermería, los modelos conceptuales, las teorías de enfermería y las teorías intermedias proporcionan al profesional de enfermería una visión del paciente y una guía para procesar datos, evaluar los indicios y decidir las acciones que hay que tomar en la práctica (Alligood, 2014; Butts y Rich, 2011; Chinn y Kramer, 2015; Fawcett y Garity, 2009; Masters, 2015). Globalmente, los profesionales enfermeros han reconocido el rico legado de los trabajos de los teóricos de su profesión; es decir, las filosofías, los modelos conceptuales, las teorías y las teorías de nivel medio de la enfermería han ido siendo cada vez más en la bibliografía enfermera mundial. La publicación de este texto en varios idiomas (al menos 10) también refleja el uso global de la teoría. Las contribuciones de los teóricos globales presentan la enfermería como una disciplina y proporcionan una estructura de conocimientos para su ulterior desarrollo. La investigación basada en la teoría y la evidencia contribuye a una práctica de calidad. Cuando se apoya la investigación basada en las teorías en enfermería, se genera evidencia. Existe reconocimiento mundial de la rica diversidad de valores enfermeros representados en los modelos y teorías en enfermería. Actualmente percibimos una mayor claridad de los trabajos teóricos en la bibliografía enfermera conforme cada vez más enfermeros usan y aprenden la práctica basada en la teoría. Las filosofías, los modelos, las teorías y las teorías de rango medio se emplean de forma generalizada en todas las áreas –formación, práctica, investigación y administración de enfermería–. McCrae (2012) dice que el conocimiento teórico en enfermería adquiere cada vez más importancia, porque la práctica basada en la evidencia y el cuidado sanitario multidisciplinario obliga a las enfermeras a articular una base sólida para sus contribuciones a los demás profesionales.

Los trabajos teóricos cumplen los criterios de la ciencia normal (Kuhn, 1970; Wood, 2014). La formación teórica de las últimas cinco décadas ha ampliado mucho el volumen de bibliografía enfermera sobre filosofías, modelos, teorías y teorías de rango medio. Además, la filosofía de la ciencia para el desarrollo de conocimiento

enfermero se ha ampliado con nuevos abordajes de investigación. Cada vez más enfermeros están alcanzando niveles formativos más elevados y comprendiendo el valor de las teorías en enfermería. El uso de teorías amplifica el desarrollo de conocimientos y mejora la calidad de la práctica enfermera (Alligood, 2011a; 2011b; 2014; Chinn y Kramer, 2015; Fawcett y Garity, 2009; George, 2011; Grace et al., 2016; Im y Chang, 2012; McCrae, 2012; Reed y Shearer, 2012; Wood, 2014).

Resumen

Este capítulo ha presentado la naturaleza vital del conocimiento teórico en enfermería desde la perspectiva de su historia e importancia. La historia permite seguir la evolución hacia el estado profesional centrado en el desarrollo de conocimientos sobre los que basar la práctica enfermera, y comprobar que las enfermeras aumentan su poder profesional cuando utilizan un abordaje teórico sistemático para el razonamiento crítico y la toma de decisiones (McCrae, 2012). Se comprueba la importancia de las teorías en enfermería cuando las enfermeras utilizan la teoría y la evidencia basada en ella para estructurar su práctica y mejora la calidad del cuidado. Son capaces no solo de elegir los datos de los pacientes con rapidez, decidir la acción enfermera adecuada, realizar el cuidado y evaluar el resultado, sino también de comentar la naturaleza de su actividad con otros profesionales sanitarios de forma clara, algo vital para la implicación de la enfermería en el cuidado interdisciplinario. Por último, la consideración de la práctica de enfermería en un contexto de teorías para la formación ayuda a los estudiantes a desarrollar habilidades analíticas y capacidad de razonamiento crítico cuando aclaran sus valores y asunciones. La teoría orienta la formación, la práctica, la investigación y la administración (Alligood, 2014; Chinn y Kramer, 2015; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013; Meleis, 2012).

Referencias para ampliar conocimientos

- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook,* 26(2), 1113–1120.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Current

status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16, 84–87.

- *The Nursing Theory Page at Hahn School of Nursing, University of San Diego*. Recuperado de http://www.sandiego.edu/nursing/research/nursing-theory-research.php.

Bibliografía

Alligood MR. The power of theoretical knowledge. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):304–305.

Alligood MR. Theory-based practice in a major medical centre. *The Journal of Nursing Management*. 2011;19:981–988.

Alligood MR. *Nursing theory: Utilization & application*. 4th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2010.

Alligood MR. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2014.

Alligood MR, Tomey AM, eds. *Nursing theory: Utilization & application*. St Louis: Mosby; 1997.

Alligood MR, Tomey AM, eds. *Nursing theory: Utilization & application*. 2nd ed. St Louis: Mosby; 2002.

Alligood MR, Tomey AM, eds. *Nursing theory: Utilization & application*. 3rd ed. St Louis: Mosby; 2006.

Batey MV. Conceptualization: Knowledge and logic guiding empirical research. *Nursing Research*. 1977;26(5):324–329.

Bixler GK, Bixler RW. The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*. 1959;59(8):1142–1146.

Butts JB, Rich KL. *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2011.

Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1978;1(1):13–23.

Chinn PL, Kramer MK. *Knowledge development in nursing theory and process*. 9th ed. St Louis: Elsevier-Mosby; 2015.

Cross KP. *Adults as learners*. Washington, DC: Jossey-Bass; 1981.

Donaldson SK, Crowley DM. The discipline of nursing. *Nursing Outlook*. 1978;26(2):1113–1120.

Ervin S. History of nursing education in the United States. In: Keating SB, ed. *Curriculum development & evaluation*. 3rd ed. New York: Springer; 2015:5–32.

Fawcett J. The relationship between theory and research: A double helix. *Advances in Nursing Science*. 1978;1(1):49–62.

Fawcett J. The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1984;16:84–87.

Fawcett J. *Analysis and evaluation of nursing theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 1993.

Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 2005.

Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2013.

Fawcett J, Garity J. *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2009.

Fitzpatrick ML. *Prologue to professionalism*. Bowie, MD: Robert J. Brady; 1983.

Fitzpatrick J, Whall A. *Conceptual models of nursing*. Bowie, MD: Robert J. Brady; 1983.

George J. *Nursing theories*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011.

Grace P, Willis D, Roy C, Jones D. Profession at the crossroads: A dialog concerning the preparation of nursing scholars and leaders. *Nursing Outlook*. 2016;64(1):61–70.

Hardy ME. Theories: components, development, evaluation. *Nursing Research*. 1973;23(2):100–107.

Hardy ME. Perspectives on nursing theory. *Advances in Nursing Science*. 1978;1:37–48.

Im EO, Chang SJ. Current trends in nursing theories. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(2):156–164.

Johnson D. The nature of a science of nursing. *Nursing Outlook*. 1959;7:291–294.

Johnson D. *One conceptual model for nursing*. Nashville, TN: Unpublished paper presented at Vanderbilt University; 1968.

Johnson D. Development of the theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*. 1974;23:372–377.

Judd D, Sitzman K. *A history of American nursing*. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett; 2013.

Kalisch PA, Kalisch BJ. *American nursing: A history*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.

King I. *Toward a theory of nursing*. New York: Wiley; 1971.

Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press; 1970.

Levine M. *Introduction to clinical nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1969.

Marriner A. *Nursing theorists and their work*. St Louis: Mosby; 1986.

Masters K. *Role development in professional nursing practice*. 4th ed. Burllington, MA: Jones & Bartlett; 2015.

McCrae N. Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(1):222–229.

Meleis A. *Theoretical nursing: Development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2007.

Meleis A. *Theoretical nursing: Development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.

Neuman B. The Betty Neuman health systems model: A total person approach to patient problems. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1974:94–114.

Nicoll L. *Perspectives on nursing theory*. Boston: Little, Brown; 1986.

Nicoll L. *Perspectives on nursing theory*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1992.

Nicoll L. *Perspectives on nursing theory*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1997.

Nightingale F. *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover; 1859/1969: (Originally published 1859).

Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. St Louis: Mosby; 1971.

Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.

Orlando I. *The dynamic nurse-patient relationship*. New York: Putnam; 1961.

Orlando I. *The discipline and teaching of nursing process*. New York: Putnam; 1972.

Peterson S, Bredow T. *Middle-range theories: Applications to nursing research*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Reed P, Shearer N. *Perspectives on nursing theory*. 5th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

Reed P, Shearer N. *Perspectives on nursing theory*. 6th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Reed P, Shearer N, Nicoll L. *Perspectives on nursing theory*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.

Roy C. Adaptation: A conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook*. 1970;18:42–45.

Shaw MC. The discipline of nursing: Historical roots, current perspectives,

future directions. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18:1651–1656.

Smith M, Leihr P. *Middle range theory for nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 2013.

Smith M, Parker M. *Nursing theory and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2014.

Styles MM. *On nursing: Toward a new endowment*. St Louis: Mosby; 1982.

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. Boston: Prentice Hall; 2011.

Wood AF. Nursing models: Normal science for nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2014:13–39.

[*] Autoras anteriores: Martha Raile Alligood, Elizabeth Chong Choi, Juanita Fogel Keck y Ann Marriner Tomey.

2

Teóricas de la enfermería de importancia histórica

Marie E. Pokorny[*]

«La idea de enfermería, basada históricamente en el cuidado de los enfermos y en la provisión de sustento a los vulnerables a enfermar, es fundamental para la profesión.»

(Wolf, 2006, pág. 301)

Hildegard E. Peplau
1909-1999

Ernestine Wiedenbach
1900-1996

Kathryn E. Barnard
1938-2015

Virginia Henderson
1897-1996

Lydia Hall
1906-1969

Evelyn Adam
1929-actualidad

Faye Glenn Abdellah
1919-actualidad

Joyce Travelbee
1926-1973

Nancy Roper
1918-2004

Winifred W. Logan
1931-2010

Alison J. Tierney

Ida Jean (Orlando) Pelletier
1926-2007

Este capítulo presenta a algunas teóricas seleccionadas que fueron importantes para el desarrollo del trabajo teórico en enfermería durante el período preparadigma y por haber realizado importantes contribuciones iniciales al desarrollo del conocimiento especializado en enfermería. Los estudios sociológicos de salud nacional recomendaron que se desarrollara la enfermería como profesión (Ervin, 2015) y, como se comentó en el capítulo 1, se necesitaba un corpus de conocimiento especializado para que la enfermería fuera reconocida como tal. Finalmente, los criterios de una profesión se ajustaron a la enfermería y se aportaron orientaciones durante el proceso. Un criterio que exigía conocimientos enfermeros especializados y estructura del conocimiento sirvió como fuerza rectora durante todo el siglo XX (Bixler y Bixler, 1959). El criterio era:

«Utiliza en la práctica un corpus de conocimiento especializado bien definido y organizado que se encuentra al nivel intelectual del aprendizaje superior.»

(Pág. 1143)

Hildegard E. Peplau

Teoría de las relaciones interpersonales

De Hildegard E. Peplau se ha dicho que es la madre de la enfermería psiquiátrica porque su trabajo teórico y clínico condujo al desarrollo de esta como especialidad diferenciada. Su ámbito de influencia en enfermería incluye sus contribuciones como experta en enfermería psiquiátrica, educadora, autora y líder y teórica de la enfermería.

Peplau ejerció un gran liderazgo en la profesionalización de la enfermería. Fue directora ejecutiva y presidenta de la American Nurses Association (ANA). Tuvo un papel fundamental en la definición de enfermería de la ANA de 1980, que fue la declaración de un contrato con la sociedad, en *Nursing: A Social Policy Statement* (Butts y Rich, 2015). Fue la promotora de los estándares profesionales y de la regulación mediante la otorgación de acreditaciones. Impartió las primeras clases a estudiantes de Enfermería Psiquiátrica en el Teachers College, de la Columbia University, y puso de relieve la importancia de la capacidad de las enfermeras para comprender su propio comportamiento, para ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas. En su libro fundamental, *Interpersonal Relations in Nursing* (1952), describió la importancia de la relación enfermera-paciente como un «proceso interpersonal significativo, terapéutico» (pág. 16), y es reconocido como el primer tratado de teorías en enfermería desde el trabajo de Nightingale en los años cincuenta del siglo XIX. Analizó cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Identificó las cuatro fases siguientes de la relación enfermera-paciente: **orientación, identificación, explotación** y **resolución** (fig. 2.1). Peplau estableció esquemas de los aspectos cambiantes de las

relaciones enfermera-paciente (fig. 2.2) y propuso y describió seis roles de la enfermera: **extraña, persona de recursos, profesora, líder, sustituta** y **asesora** (fig. 2.3).

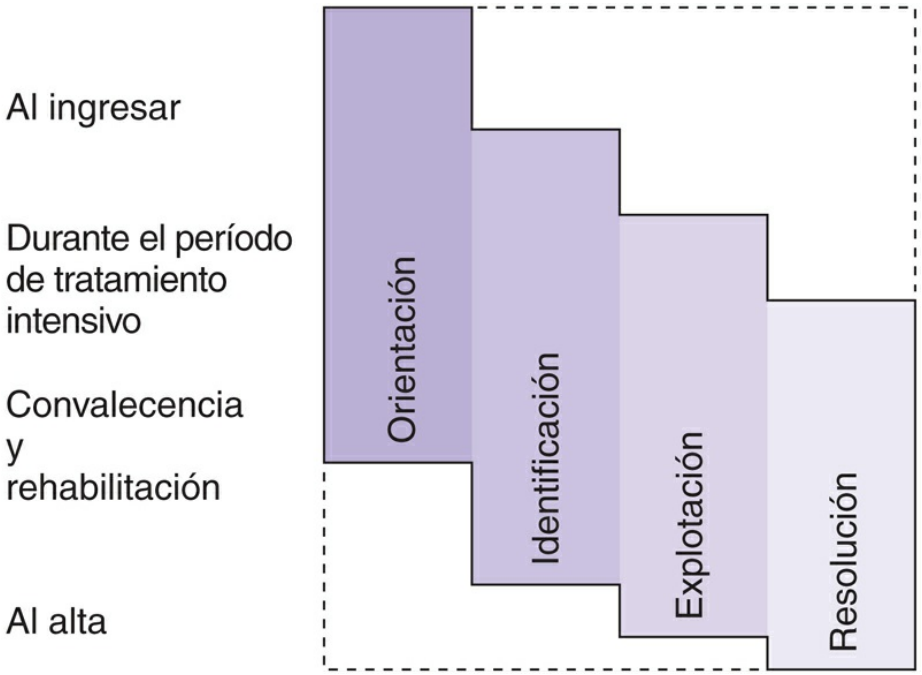


FIGURA 2.1 Fases de superposición en las relaciones enfermera-paciente. (Tomado de Peplau, H. E. [1952]. *Interpersonal relations in nursing.* New York: Putnam.)

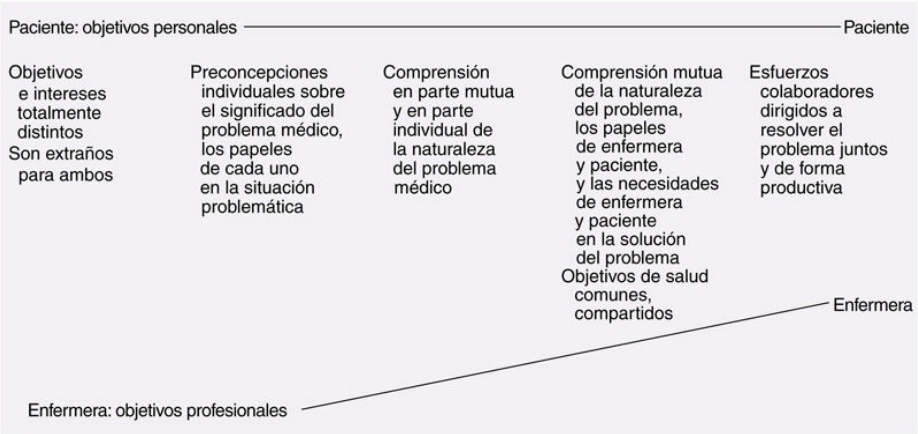


FIGURA 2.2 Aspectos cambiantes de las relaciones enfermera-paciente. (Tomado de Peplau, H. E. [1952]. *Interpersonal relations in nursing.* New York: Putnam.)

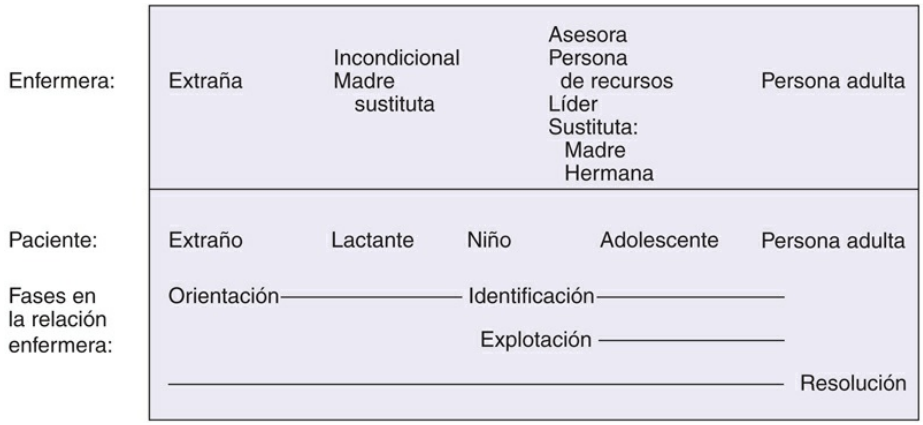


FIGURA 2.3 Fases y funciones cambiantes en las relaciones enfermera-paciente. (Tomado de Peplau, H. E. [1952]. *Interpersonal relations in nursing.* New York: Putnam.)

Las experiencias profesionales de Peplau con profesionales de la psiquiatría, la medicina, la educación y la sociología influyeron en su visión de lo que es, hace y debería ser una profesión (Sills, 1998). Su trabajo recibió influencias de Freud, Maslow y las teorías de las relaciones interpersonales de Sullivan y del modelo psicoanalítico contemporáneo. Tomó prestado el modelo psicológico para desarrollar su teoría de las relaciones interpersonales (Haber, 2000). Su trabajo sobre las relaciones entre profesionales de enfermería y pacientes es muy conocido a escala internacional y aún extiende su influencia en la práctica y la investigación en enfermería. Publicaciones recientes que utilizan su modelo recogen investigaciones acerca del efecto de la comunicación en las relaciones enfermero-paciente (Arungwa, 2014), observación y análisis de la empatía de las enfermeras brasileñas (Trevizan et al., 2015), ayuda a los estudiantes de Enfermería para que comprendan las habilidades de comunicación holística durante sus encuentros con adultos ancianos (Deane y Fain, 2016), aplicar su teoría al aprendizaje mediante simulación en los estudiantes de pregrado (Searl et al., 2014), ilustrar los papeles que juegan las enfermeras que cuidan de los niños con necesidades complejas en el entorno domiciliario en Irlanda (Doyle y Buckley, 2012), generación del conocimiento de las mejores prácticas para trabajar con niños de padres encarcelados (Falk, 2014), describir los problemas de identidad de las personas que han sufrido violencia de género durante la adolescencia (Draucker et al., 2012), desarrollo de un marco para apoyar la evaluación de los modelos de cuidado de los

ancianos por las enfermeras especializadas en Australia (Hungerford, Prosser y Davey, 2015), descripción de las interacciones terapéuticas de las enfermeras domiciliarias con los pacientes geriátricos recluidos en su domicilio con depresión y discapacidad (Liebel, Powers y Hauenstein, 2015), análisis de los aspectos de su teoría en la enfermería rural y de emergencias (Senn, 2013), desarrollo de una orientación para la entrevista en pacientes con alucinaciones auditivas para las enfermeras de salud mental-psiquiatría (Trygstad et al., 2015) y aplicación de su teoría para la relación preceptor-recién graduado y medir la fuerza y la presencia de dicha relación (Washington, 2013). El trabajo de Peplau está orientado específicamente hacia la relación entre enfermeras y pacientes y es una teoría para la práctica enfermera.

Virginia Henderson

Definición de enfermería

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de: 1) Edward L. Thorndike (psicólogo estadounidense); 2) sus experiencias con la Henry House Visiting Nurse Agency; 3) su experiencia en enfermería de rehabilitación, y 4) la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando (Henderson, 1964; Orlando, 1961).

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención enfermera. Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. Sus conceptos de independencia influyeron en el trabajo de Abdellah y Adam (Abdellah et al., 1960; Adam, 1980, 1991).

Henderson hizo extraordinarias contribuciones a la enfermería durante sus 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, y fue una autora prolífica a lo largo de esos años. Henderson escribió tres libros que se han convertido en clásicos: *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* (1955), *Basic Principles of Nursing Care* (1960) y *The Nature of Nursing* (1966). Su principal contribución en la investigación de enfermería, el Nursing Studies Index Project, patrocinado por la Yale University, de 11 años de duración, fue publicado como un índice anotado de cuatro volúmenes sobre bibliografía biográfica, analítica e histórica de la enfermería de 1900 a 1959.

En 1958, el comité de servicios de enfermería del International Council of Nurses (ICN) le pidió que expusiera su definición de enfermería. Su ahora histórica definición, publicada por el ICN en 1961, representó su cristalización final del tema:

«La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que la ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.»

(Henderson, 1964, pág. 63)

La definición de enfermería de Henderson fue adoptada posteriormente por el ICN y divulgada extensamente; sigue utilizándose en todo el mundo. En *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education,* Henderson (1966) propuso 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería (cuadro 2.1).

Cuadro 2.1 Las 14 necesidades de Henderson

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener posturas deseables.

5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado, y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y la salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Tomado de Henderson, V. A. (1991). *The nature of nursing: Reflections after 25 years* (pp. 22–23). New York: National League for Nursing Press.

Identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como: 1) sustituta del paciente; 2) colaboradora para el paciente, y 3) compañera del paciente. A través del proceso interpersonal, la enfermera debe «meterse en la piel» de cada uno de sus pacientes para conocer qué ayuda necesitan (Henderson, 1955, pág. 5). Aunque pensaba que las funciones de las enfermeras y de los médicos se superponen, Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente.

En *The Nature of Nursing: Reflections after 25 Years*, Henderson (1991) incluyó apéndices en cada uno de los capítulos de la edición de 1966 para incorporar cambios a su visión y opiniones. Henderson afirmaba, acerca de su teoría, que «la complejidad y la calidad del servicio está limitada únicamente por la imaginación y la competencia de la enfermera que lo interpreta» (Henderson, 2006, pág. 26). Su teoría ha sido aplicada a la investigación en el área especializada de la donación de órganos (Nicely y DeLario, 2011) y enmarcó un debate para recordar el arte de la enfermería en la era tecnológica (Henderson, 1980; Timmins, 2011). De forma más reciente su teoría ha servido como

marco de referencia para la investigación que ha valorado la asociación entre las necesidades de movilidad física y las variables clínicas y sociales en ancianos que viven en la comunidad (Clares, de Frietas y Borges, 2014) y para el estudio de las experiencias de las enfermeras de hematología y oncología y sus percepciones de la orden de «no reanimar» (Pettersson, Hedström y Höglund, 2014). Sus componentes del cuidado de enfermería se emplearon para especificar los aspectos variables del concepto de cuidado y desarrollar la escala de dependencia de cuidado para medir las necesidades humanas básicas (Dijkstra et al., 2012) y para evaluar los cuidados domiciliarios de enfermería a pacientes ancianos en Chipre (Kouta et al., 2015). El trabajo de Henderson se considera una filosofía enfermera de objetivo y función.

Faye Glenn Abdellah

Veintiún problemas de enfermería

Faye Glenn Abdellah es reconocida como una figura destacada en el desarrollo de la investigación en enfermería y en la consideración de esta disciplina como una profesión dentro del Public Health Service (PHS) estadounidense, y como una experta internacional sobre problemas sanitarios. Fue descrita como una «leyenda viva» por la American Academy of Nursing en 1994 y promovida para ingresar en el National Women's Hall of Fame en 2000 por haber dedicado su vida al establecimiento y a la dirección de programas esenciales de atención sanitaria en EE. UU. En 2012, Abdellah ingresó en el ANA Hall of Fame por toda una vida de contribuciones a la enfermería y para honrar su legado de más de 60 años de logros que persisten a escala nacional y global (ANA, 2012).

Abdellah ha destacado por su actividad en asociaciones profesionales de enfermería y es una autora prolífica, con más de 150 publicaciones. Durante sus 40 años de carrera como directora del PHS estadounidense (1949-1989), trabajó como jefa de Enfermería (1970-1987), y fue la primera enfermera en conseguir el rango de general de dos estrellas (Abdellah, 2004) y la primera mujer enfermera adjunta en cirugía general (1982-1989). Tras su

jubilación, Abdellah fundó y trabajó como decana en la Graduate School of Nursing (GSN) de los Uniformed Services University of the Health Sciences (USUHS).

Abdellah (2004) considera que su mayor logro es poder «desempeñar un cometido para sentar la base de la investigación en enfermería como una ciencia» (pág. iii). Su libro *Patient-Centered Approaches to Nursing* hace hincapié en la ciencia de la enfermería y ha comportado cambios en los currículos de esta disciplina. Su obra se basa en el método de resolución de problemas y sirve de vehículo para perfilar los problemas de enfermería (del paciente) a medida que este se aproxima a un estado de salud óptimo.

Abdellah considera la enfermería como un arte y una ciencia que moldea la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas individuales de la enfermera en su deseo y su capacidad de ayudar a las personas a afrontar sus necesidades de salud, tanto si están enfermas como si están sanas. Ha formulado 21 problemas de enfermería de acuerdo con una revisión de estudios de investigación en enfermería (cuadro 2.2). Utilizó las 14 necesidades humanas básicas de Henderson (v. cuadro 2.1) e investigaciones en enfermería para establecer la clasificación de los problemas.

Cuadro 2.2 Tipología de Abdellah de 21 problemas de enfermería

1. Mantener una buena higiene y bienestar físico.
2. Favorecer una actividad óptima: ejercicio, descanso, sueño.
3. Promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones y otros tipos de traumatismos, y mediante la prevención de la propagación de infecciones.
4. Mantener una buena mecánica corporal, y prevenir y corregir las deformidades.
5. Facilitar el mantenimiento del aporte de oxígeno a todas las células del cuerpo.
6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo.
7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación.
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico.

9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las enfermedades: patológicas, fisiológicas y compensadoras.
10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos y funciones reguladores.
11. Facilitar el mantenimiento de la función sensitiva.
12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivos y negativos.
13. Identificar y aceptar la interrelación entre las emociones y las enfermedades orgánicas.
14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz.
15. Favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales productivas.
16. Facilitar el progreso hacia la consecución de los objetivos espirituales personales.
17. Crear o mantener un entorno terapéutico.
18. Facilitar la conciencia del propio yo como individuo, con necesidades físicas, emocionales y evolutivas variables.
19. Aceptar los objetivos posibles óptimos a la luz de las limitaciones, tanto físicas como emocionales.
20. Utilizar recursos comunitarios como ayuda para resolver los problemas que surgen de las enfermedades.
21. Entender la importancia de los problemas sociales como factores que influyen en la causa de las enfermedades.

Tomado de Abdellah, F. G., Beland, I. L., Martin, A., & Matheney, R. V. (1960). *Patient-centered approaches to nursing.* New York: Macmillan. Reproducido con autorización de Scribner, filial de Simon & Schuster.

El trabajo de Abdellah es un conjunto de problemas formulados en términos de servicios centrados en la enfermería, que se utilizan para determinar las necesidades del paciente. Su contribución al desarrollo de las teorías en enfermería es el análisis sistemático de los informes de investigación y la creación de 21 problemas de enfermería que guían los cuidados extensos en este campo. La tipología de sus 21 problemas de enfermería apareció por primera vez en la obra *Patient-Centered Approaches to Nursing* (Abdellah et al., 1960). Amplió sus planteamientos en *Preparing for Nursing Research in the 21st Century: Evolution, Methodologies, and Challenges*

(Abdellah y Levine, 1994). Los 21 problemas de enfermería avanzaron hacia un desarrollo de segunda generación referido como problemas de los pacientes y resultados de los pacientes. Abdellah informó al público sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), drogadicción, violencia, tabaquismo y alcoholismo. Se usó su sistema de clasificación para identificar los problemas de enfermería para determinar cómo reducir la infiltración de los catéteres intravenosos periféricos para aumentar la longevidad de los mismos (Banks, 2015). Su trabajo es un enfoque o filosofía centrado en los problemas de la enfermería. Los artículos de Abdellah pueden consultarse en http://www.nlm.nih.gov/hmd/manuscripts/msc.html (National Library of Medicine, 1988).

Ernestine Wiedenbach

El útil arte de la enfermería clínica

Se conoce a Ernestine Wiedenbach por su trabajo en el desarrollo de teorías y en el ámbito de la enfermería materno-infantil. Desarrolló su teoría mientras enseñaba enfermería maternal en la School of Nursing de la Yale University. Wiedenbach enseñó con Ida Orlando en la Yale University y escribió con los filósofos Dickoff y James una obra clásica sobre teoría en una disciplina práctica que utilizan quienes estudian la evolución de las teorías en enfermería (Dickoff, James y Wiedenbach, 1968a, 1968b). Dirigió el currículo principal en enfermería de salud maternal y del recién nacido cuando la School of Nursing de Yale creó un programa de grado (Kaplan y King, 2000) y es autora de libros ampliamente utilizados en educación enfermera. Su definición de la enfermería refleja su formación como enfermera comadrona: «Las personas pueden diferir en cuanto a su concepto de la enfermería, pero pocos estarían en desacuerdo en que la enfermería es criar o cuidar a alguien de una manera maternal» (Wiedenbach, 1964, pág. 1).

La orientación de Wiedenbach es una filosofía de la enfermería que guía la acción de la enfermera en el arte de la enfermería. Especificó los cuatro elementos de enfermería clínica: **filosofía, objetivo, práctica** y **arte.** Esta autora postuló que la enfermería

clínica se dirige a satisfacer las necesidades de ayuda percibidas por el paciente, con un punto de vista acerca de la disciplina que refleja un énfasis considerable en el arte de la enfermería. Siguió la teoría de Orlando del proceso deliberativo y no automático, e incorporó los pasos del proceso de enfermería. En su libro *Clinical Nursing: A Helping Art* (1964), Wiedenbach perfila los pasos de enfermería de forma secuencial.

Wiedenbach propone que las enfermeras identifiquen la necesidad de ayuda de los pacientes mediante los siguientes pasos:

1. Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.
2. Exploración del significado de su comportamiento.
3. Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
4. Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.

Después, la enfermera debe administrar la ayuda necesaria (fig. 2.4) y debe comprobar que se haya satisfecho la necesidad de ayuda (fig. 2.5) (Wiedenbach, 1964). Wiedenbach (1970) propuso que la teoría prescriptiva podría guiar y mejorar la práctica de la enfermería. Las intervenciones del programa, orientado a mejorar el afrontamiento de las necesidades de cuidado domiciliario de los niños cardiópatas fueron conceptualizadas siguiendo este modelo (Amakali y Small, 2014). Su modelo se utilizó para investigar la transición hacia la maternidad de las madres de recién nacidos (Corrigan, Kwasky y Groh, 2015); para obtener conocimientos sobre las prácticas de cuidado oral de las enfermeras antes y después de recibir formación en la práctica de dichos cuidados en pacientes ventilados (Cherian y Karkada, 2015); para evaluar la eficacia de un programa de rehabilitación cardíaca planificado entre las enfermeras de plantilla (Degavi y Bjupali, 2015); para evaluar la eficacia del masaje podal sobre el nivel de dolor de los pacientes con cáncer (Doss, 2014); para acceder a la eficacia del masaje sobre el estado respiratorio de los niños menores de 1 año con infecciones respiratorias bajas (Martina, Beulah y David, 2015), y para desarrollar un modelo de facilitación de la inteligencia emocional que fomente la plenitud de las enfermeras neófitas en la unidad de

cuidados críticos en Sudáfrica (Towell, Nel y Muller, 2015). Su trabajo se considera una filosofía del arte de la enfermería.

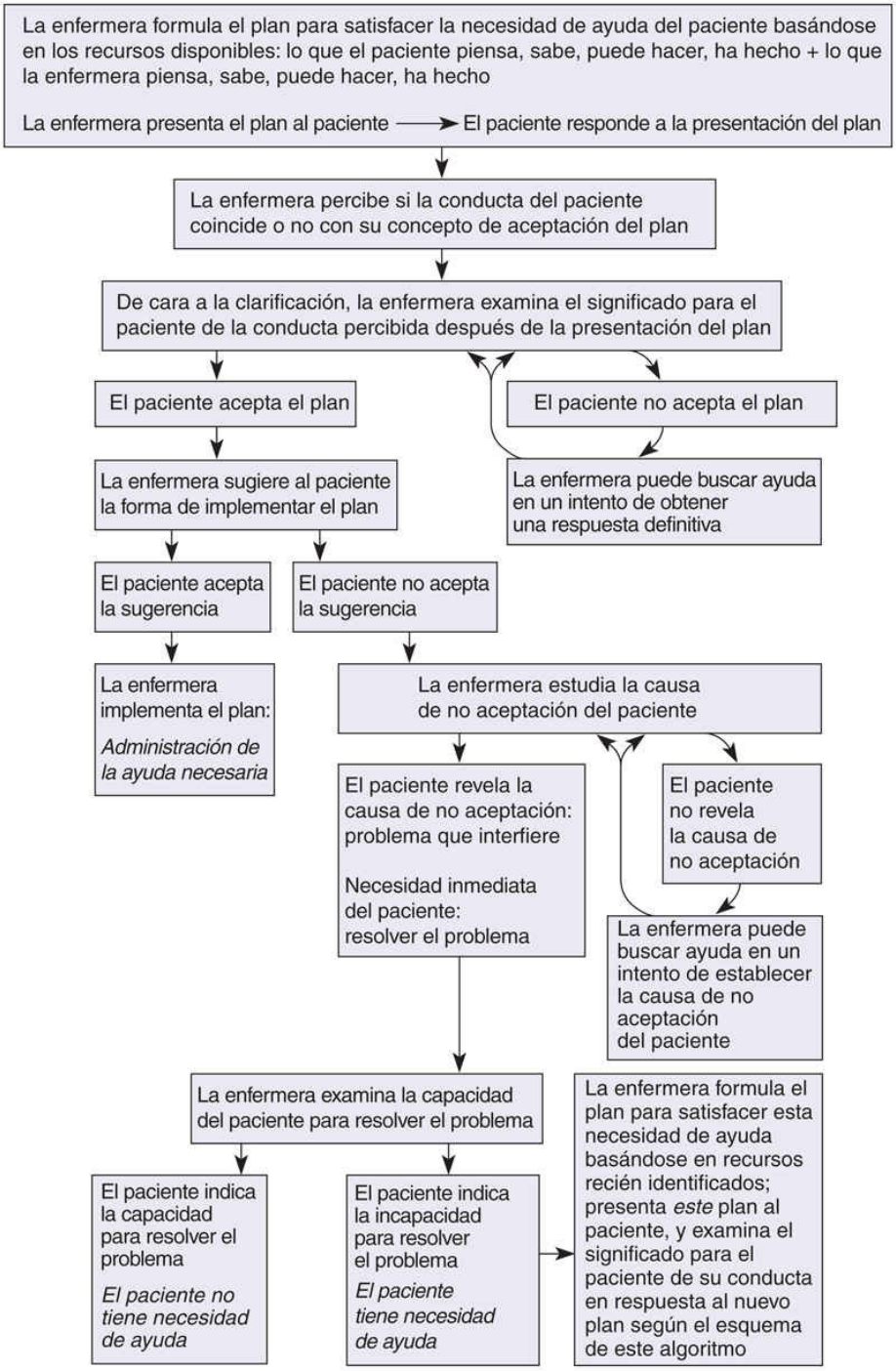


FIGURA 2.4 Administración de la ayuda. (Tomado de Wiedenbach, E. [1964]. *Clinical nursing: A helping art* [p. 61]. New York: Springer.)

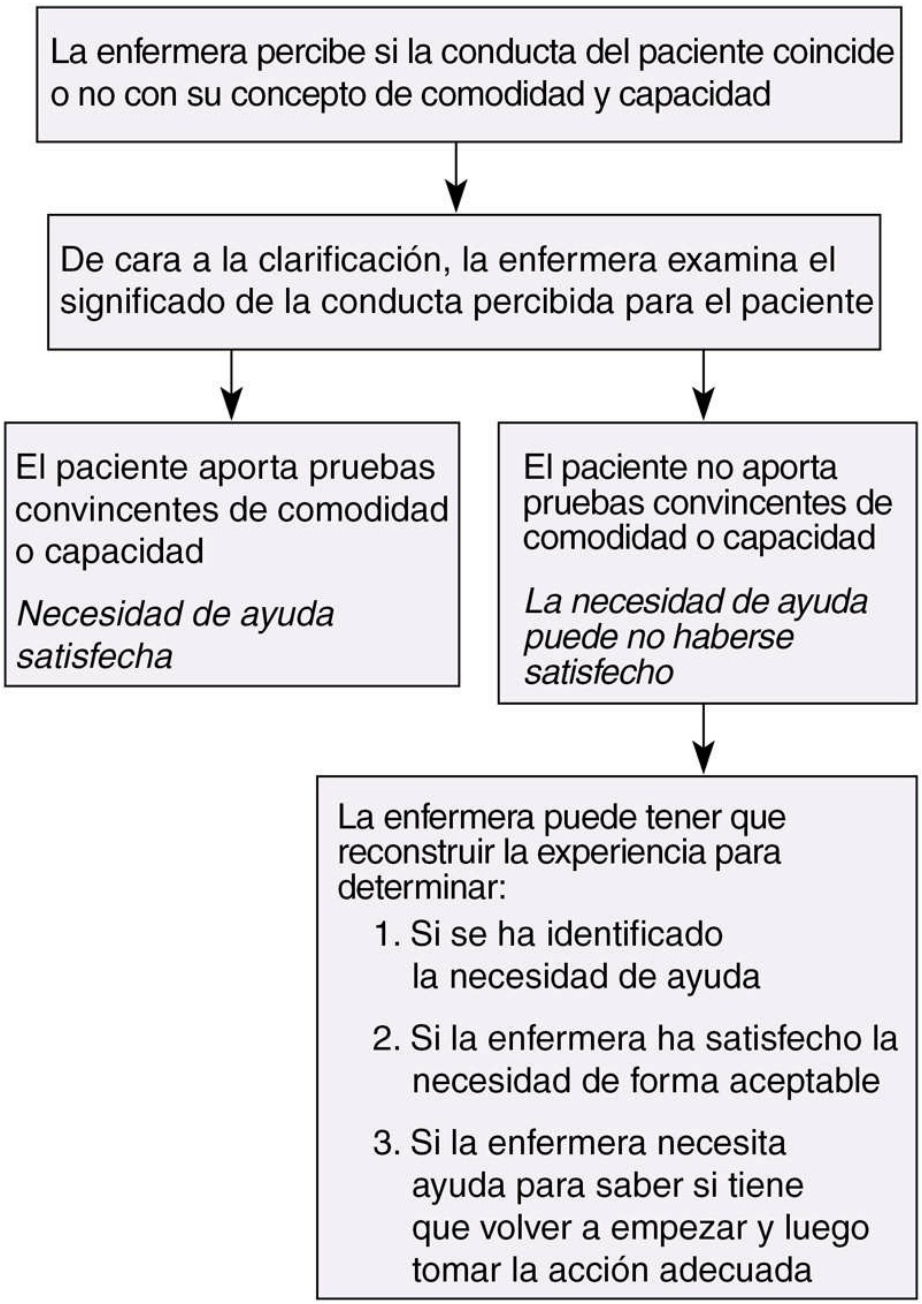


FIGURA 2.5 Validación de que se ha satisfecho la necesidad de ayuda. (Tomado de Wiedenbach, E. [1964]. *Clinical nursing: A helping art* [p. 62]. New York: Springer.)

Lydia Hall

Modelo de esencia, cuidado y curación *(core, care, cure)*

Lydia Hall fue una enfermera de rehabilitación que utilizó su

filosofía de la enfermería para fundar el Loeb Center for Nursing and Rehabilitation en el Montefiore Hospital de Nueva York. Fue directora del Loeb Center desde su inauguración en 1963 hasta su muerte en 1969. En los años sesenta publicó más de 20 artículos sobre el Loeb Center y sus teorías de cuidados a largo plazo y el control de enfermedades crónicas. En 1964, el trabajo de Hall se presentó en «Nursing: What Is It?», en *The Canadian Nurse.* En 1969 se analizó su obra en el Loeb Center for Nursing and Rehabilitation en el *International Journal of Nursing Studies.*

Hall estaba a favor de ofrecer camas de hospital agrupadas en unidades centradas en la prestación de enfermería terapéutica. Se ha considerado que el plan del Loeb es similar al concepto que más tarde emergería como «enfermería familiar y comunitaria» (Wiggins, 1980). En un estudio de evaluación del Loeb Center for Nursing publicado en 1975, se observa que los ingresados en la unidad de enfermería, comparados con los ingresados en una unidad tradicional, reingresaron con menor frecuencia, eran más independientes y tenían una calidad de vida más elevada después del alta, además, estaban más satisfechos con su experiencia en el hospital (Hall et al., 1975).

Hall usó tres círculos intersectados para representar aspectos del paciente y de las funciones de enfermería. El círculo del cuidado representa el cuerpo del paciente, el círculo de la curación representa la enfermedad que afecta al sistema físico del paciente y el círculo de la esencia representa los sentimientos internos y el control de la persona (fig. 2.6). Los tres círculos cambian de tamaño y se solapan según la fase del paciente en el proceso de enfermedad. Una enfermera interviene en los tres círculos, pero en grados diferentes. Por ejemplo, en la fase de cuidado, la enfermera aplica al paciente cuidados corporales prácticos relacionados con actividades de la vida diaria, como la higiene personal y el aseo. En la fase de curación, la enfermera aplica el conocimiento médico al tratamiento de la persona, y en la fase de la esencia, la enfermera trata las necesidades sociales y emocionales del paciente para establecer una comunicación efectiva y un entorno confortable (Touhy y Birnbach, 2001). Las enfermeras también comparten los círculos con otros profesionales. La teoría de Lydia Hall se utilizó para mostrar la mejora en la comunicación enfermera-paciente, así como el

desarrollo y la concienciación que mostraron los pacientes cuya insuficiencia cardíaca se trató en el ámbito domiciliario (McCoy, Davidhizar y Gillum, 2007), y también para el proceso de enfermería y el razonamiento crítico relacionados con la preparación para los desastres (Bulson y Bulson, 2011).

FIGURA 2.6 Modelo de esencia, cuidado y curación.
(Tomado de Hall, L. [1964]. Nursing: What is it? *The Canadian Nurse, 60*[2], 151.)

Hall pensaba que la atención de enfermería profesional facilitaba la recuperación y que, a medida que era necesaria menor atención médica, eran necesarios más cuidados y docencia de los profesionales de enfermería. Hall puso de relieve la función autónoma de los profesionales de enfermería. Su contribución a la teoría de la enfermería fue el desarrollo y la utilización de esta filosofía de atención de enfermería en el Loeb Center for Nursing and Rehabilitation de Nueva York. Reconoció a las enfermeras como profesionales y las animó a que contribuyeran a favorecer los resultados del paciente. Se puede considerar el trabajo de Hall

como una filosofía de la enfermería.

Joyce Travelbee

Modelo de relaciones entre seres humanos

Joyce Travelbee presentó su teoría de la relación entre seres humanos en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing* (1966, 1971). Publicó principalmente a mediados de los años sesenta y murió a una edad temprana en 1973. Propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza (Travelbee, 1966, 1971). Discutió su teoría con Victor Frankel (1963), a quien atribuye, junto con Rollo May (1953), la influencia en su pensamiento (Meleis, 2012). La obra de Travelbee era conceptual y escribió sobre las enfermedades, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo. Propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con 1) el encuentro original, que progresa a través de las fases 2) identidades emergentes, 3) sentimientos progresivos de empatía y, posteriormente, 4) compasión, hasta que 5) la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase (fig. 2.7). Travelbee creía que era tan importante solidarizarse como empatizar con el paciente si enfermera y paciente tenían que desarrollar una relación **entre seres humanos** (Travelbee, 1964). Fue explícita en cuanto a la espiritualidad de paciente y enfermera, observando lo siguiente:

«Se piensa que los valores espirituales que mantiene una persona determinarán, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarán hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar o no el significado en estas

situaciones.»

(Travelbee, 1971, pág. 16)

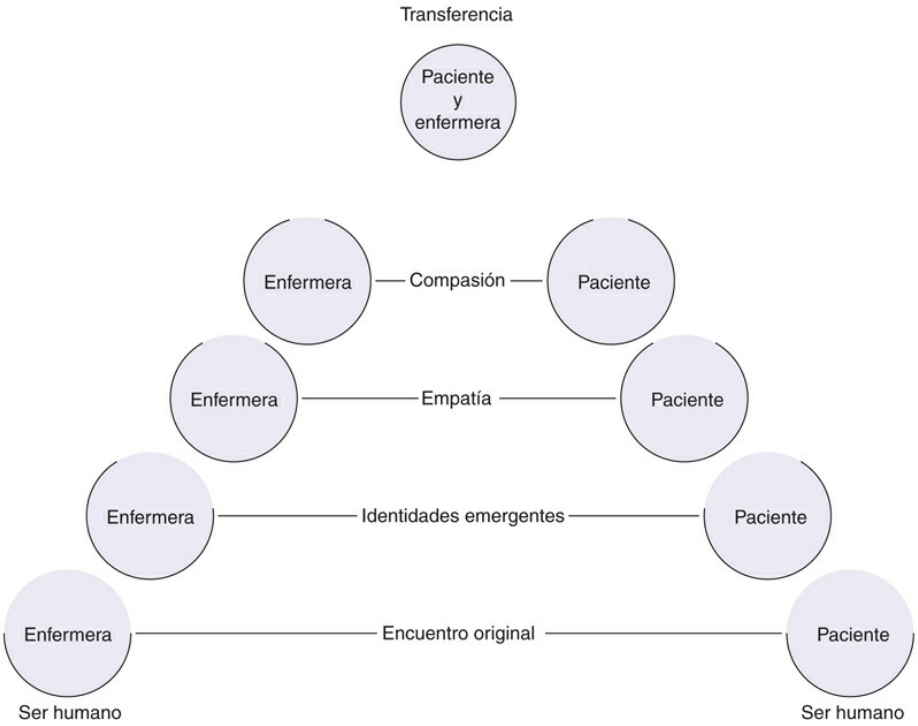


FIGURA 2.7 Relación entre seres humanos.
(Conceptualizado por William Hobble y Theresa Lansinger, basado en los escritos de Joyce Travelbee.)

La teoría de Travelbee amplió las teorías de relación interpersonal de Peplau y Orlando, y su síntesis exclusiva de las ideas diferenció su trabajo en cuanto a la relación humana terapéutica entre la enfermera y el paciente. El énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la compasión, la transferencia y los aspectos emocionales de la enfermería (Travelbee, 1963, 1964). Rich (2003) revisó el argumento de Travelbee sobre el valor de la compasión en enfermería y lo actualizó sin olvidar que la compasión es básica en la atención holística enfermera. Bunkers (2012) examinó su modelo de relaciones humanas para explorar el significado de la presencia. El trabajo de Travelbee entra en la categoría de una teoría de la enfermería.

Kathryn E. Barnard

Valoración de la salud infantil

Kathryn E. Barnard fue una pionera reconocida internacionalmente en el campo de la salud mental de los lactantes, con estudios del desarrollo social y emocional de los niños durante los primeros 5 años de vida. Es una renombrada investigadora, profesora e innovadora (*The Washington Nurse,* 2015). Hizo numerosas publicaciones a mediados de los años sesenta sobre cómo mejorar la salud de los lactantes y sus familias. Desarrolló su actividad en la University of Washington, donde fundó el Barnard Center on Infant Mental Health and Development. Su trabajo pionero para mejorar los resultados en la salud física y mental de los lactantes y los niños pequeños le ha hecho merecedora de numerosos honores, entre ellos el Premio Gustav O. Leinhard del Institute of Medicine, el Premio Episteme y el Premio Leyenda Viva de 2006 de la American Academy of Nursing, y el Premio ZERO TO THREE Lifetime Achievement. Barnard estudió en sus inicios a niños y adultos con discapacidades físicas y mentales; pasó después a las actividades de los niños sanos y amplió sus métodos de evaluación del crecimiento y el desarrollo de los niños y las relaciones madre-hijo en lactantes, para finalmente analizar la influencia del entorno en el desarrollo de los niños y sus familias (Barnard, 2004). Fue la fundadora del Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST), que ofrece a trabajadores sanitarios de todo el mundo directrices para la valoración del desarrollo infantil y las interacciones de los niños con sus padres.

Aunque Barnard nunca pretendió desarrollar una teoría, su estudio longitudinal de valoración de los niños en enfermería proporcionó la base para una teoría de valoración de la salud infantil (fig. 2.8). Barnard (1978) propuso que las características individuales de los miembros influyen en el sistema padres-lactante, y que el comportamiento adaptativo modifica esas características para satisfacer las necesidades del sistema. Su teoría se inspira en la psicología y el desarrollo humano y se centra en la interacción madre-hijo con el entorno. La teoría de Barnard se basa en escalas diseñadas para medir los efectos de la alimentación, la enseñanza y el entorno (Kelly y Barnard, 2000). Su teoría sigue

siendo específica de las poblaciones; fue diseñada originalmente para que pudiera aplicarse a las interacciones entre el cuidador y el niño en su primer año y se ha ampliado a los primeros 3 años de vida (Masters, 2015). Con una investigación continuada, Barnard ha refinado la teoría y ha proporcionado un estrecho vínculo con la práctica que ha transformado la manera en que los proveedores de atención sanitaria evalúan a los niños a la luz de la relación entre estos y sus progenitores. Barnard modeló el papel del investigador en la práctica clínica y se comprometió en el desarrollo teórico para la práctica con vistas al avance de la ciencia enfermera. Su registro de sueño-actividad del ciclo de sueño-vigilia del lactante fue utilizado para la investigación sobre el ciclo circadiano de la madre y el niño (Tsai et al., 2011, 2012). Analizó los mecanismos de corregulación de las emociones en las díadas padre-hijo (Guo et al., 2015). El trabajo de Barnard es una teoría de la enfermería.

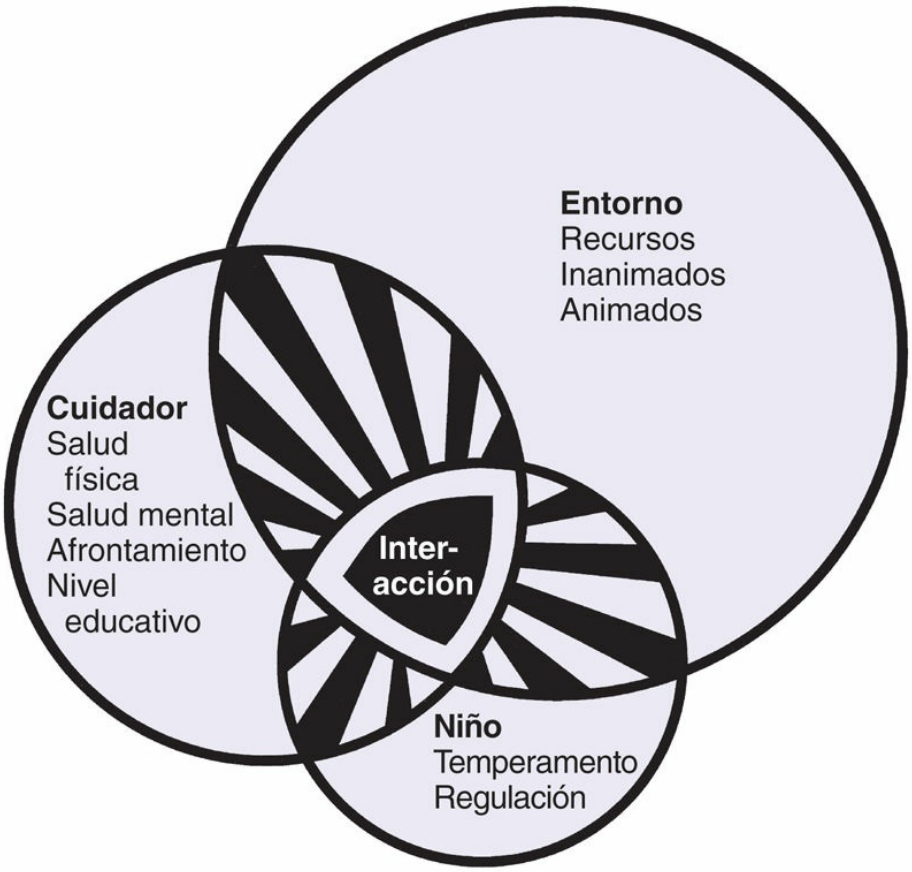


FIGURA 2.8 Modelo de evaluación de la salud infantil.
(Tomado de Sumner, G., & Spietz, A. [Eds.]. [1994]. *NCAST caregiver/parent-child interaction teaching manual* [p. 3]. Seattle: NCAST Publications, University of

Washington School of Nursing.)

Evelyn Adam

Modelo conceptual de la enfermería

Evelyn Adam es una enfermera canadiense que empezó a publicar a mediados de los años setenta. Su trabajo se centra en el desarrollo de modelos y teorías sobre el concepto de enfermería (1983, 1987, 1999). Utiliza un modelo que aprendió de Dorothy Johnson. En su libro *To Be a Nurse* (1980) aplica la definición de Virginia Henderson al modelo de Johnson, que identifica las asunciones, creencias y valores, además de los postulados. En esta última categoría incluye el objetivo de la profesión, el beneficiario del servicio profesional, la función del profesional, el origen de la dificultad del beneficiario, la intervención del profesional y las consecuencias. Amplió su trabajo en una segunda edición de 1991. Su artículo clásico, titulado simplemente «Modèles conceptuels», defiende la importancia de conformar un modo de pensar y proporcionar un marco para la práctica (Adam, 1999). El trabajo de Adam es un buen ejemplo de la utilización de una base única de la enfermería para su ampliación posterior. El argumento de Adam de la necesidad de un marco ideológico en enfermería se describió en una conferencia de educación telemática sobre salud (Tallberg, 1997). Adam ha contribuido al desarrollo de la teoría aclarando y explicando trabajos anteriores. El trabajo de Adam es una teoría de la enfermería.

Nancy Roper, Winifred W. Logan y Alison J. Tierney

Un modelo de la enfermería basado en un modelo de la vida

Se describe a Nancy Roper como una teórica práctica que creó una teoría de la enfermería aplicable de manera básica, «que realmente

ayudaba a las enfermeras a la cabecera del enfermo» (Dopson, 2004; Scott, 2004, pág. 28). Después de 15 años como tutora principal en una escuela de Enfermería en Inglaterra, Roper comenzó su carrera profesional como escritora de libros a tiempo completo durante los años sesenta y publicó varios tratados populares, como *Principles of Nursing* (1967). Estudió el concepto de una «esencia» identificable de la enfermería para su tesis, publicada en una monografía titulada *Clinical Experience in Nurse Education* (1976). Este trabajo sentó las bases de su trabajo posterior con las teóricas Winifred Logan y Alison Tierney. Roper trabajó con la European and Nursing and Midwifery Unit, en la que influyó notablemente para el desarrollo de las normas europeas para la enfermería (Hallett y Wagner, 2011; Roper, 1977). Fue autora de *The Elements of Nursing* en 1980, 1985 y 1990. Las tres colaboraron en la cuarta y última edición de *The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model of Living* (1996). Durante los años setenta, realizaron investigaciones para descubrir el núcleo de la enfermería, basado en un modelo de vida (fig. 2.9). Tres décadas de estudios sobre los elementos de la enfermería por Roper evolucionaron hacia un modelo de enfermería con cinco factores principales que influían en las actividades de la vida (AV) (fig. 2.10 y tabla 2.1).

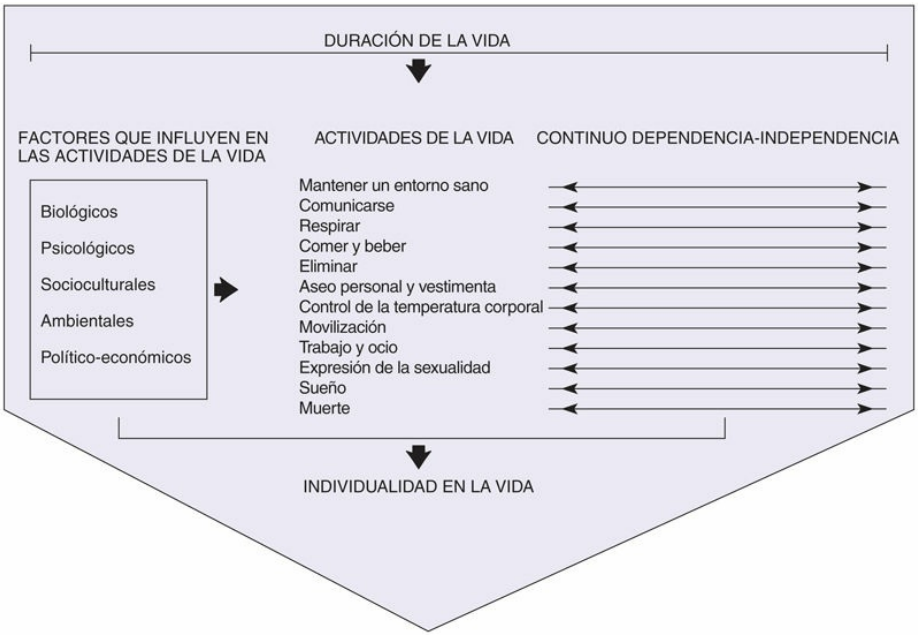


FIGURA 2.9 Diagrama del modelo de vida. (Tomado de Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. [1996]. *The elements of nursing: A*

model for nursing based on a model of living [4th ed., p. 20]. Edinburgh: Churchill Livingstone.)

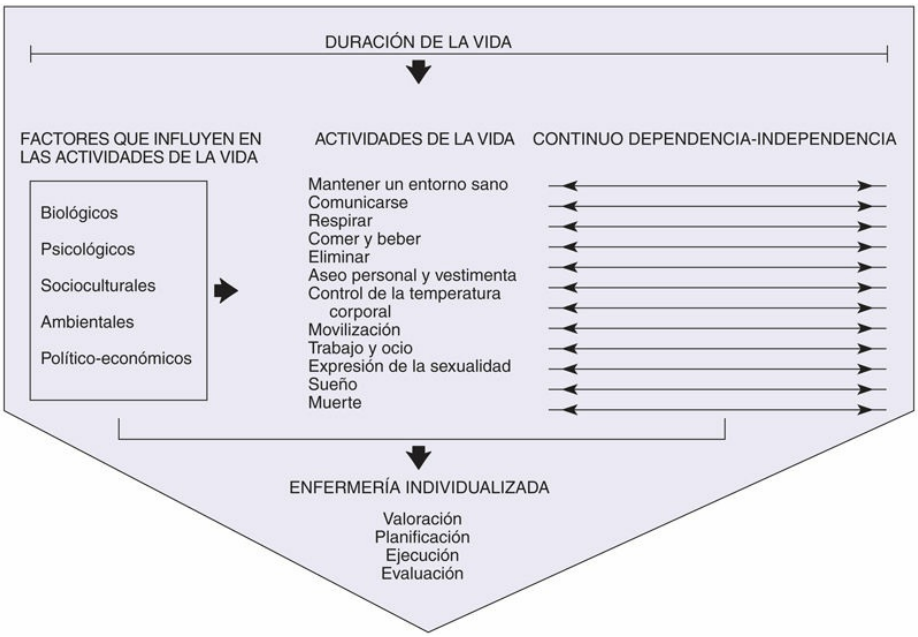


FIGURA 2.10 Diagrama del modelo de enfermería.

(Tomado de Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. [1996]. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* [4th ed., p. 34]. Edinburgh: Churchill Livingstone.)

Tabla 2.1

Comparación de los conceptos principales del modelo de vida y del modelo de enfermería

Modelo de vida	Modelo de enfermería
12 AV	12 AV
Duración de la vida	Duración de la vida
Continuo dependencia-independencia	Continuo dependencia-independencia
Factores que influyen en las AV	Factores que influyen en las AV
Individualidad en la vida	Enfermería individualizada

Tomado de Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. [1996]. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* [4th ed., p. 33]. Edinburgh: Churchill Livingstone.

AV, actividades de la vida.

En lugar de revisar la cuarta edición de su texto, estas teóricas prepararon una monografía (Roper, Logan y Tierney, 2000) sobre el

modelo titulada *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*, sin la aplicación del modelo. Holland, Jenkins, Solomon y Whittam (2008) exploraron la utilización del modelo de enfermería de Roper-Logan-Tierney. Estas autoras utilizaron estudios de casos y ejercicios sobre pacientes adultos con diversos problemas de salud, en contextos de asistencia aguda y comunitarios, para ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades de resolución de problemas.

En el modelo de enfermería, entre las AV están mantener un entorno sano, comunicarse, respirar, comer y beber, funciones de eliminación, aseo personal y vestimenta, control de la temperatura corporal, movilización, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad, sueño y muerte. La duración de la vida va desde el nacimiento hasta la muerte, y en un continuo de dependencia-independencia que va desde una dependencia total hasta una independencia total. Los cinco grupos de factores que influyen en las AV son biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos. La individualidad de vida es la forma en la que cada individuo atiende a sus AV en relación con el lugar que ocupa dentro de su ciclo vital; en el continuo dependencia-independencia, y se ve condicionada por sus circunstancias biológicas, psicológicas, socioculturales, ambientales y político-económicas. Los cinco componentes pueden utilizarse para describir a la persona en cuanto a mantener la salud, prevenir la enfermedad, afrontar períodos de enfermedad y rehabilitación, afrontar positivamente los períodos de enfermedad crónica y afrontar la muerte. La enfermería individualizadora se consigue con el proceso de enfermería, que incluye cuatro fases: 1) valorar; 2) planificar; 3) ejecutar, y 4) evaluar. El proceso de enfermería es un método de pensamiento lógico que debería utilizarse con un modelo de enfermería explícito, y durante las cuatro fases del proceso debe tenerse en cuenta la individualidad del paciente en la vida. El modelo de Roper, Logan y Tierney se aplicó al tratamiento de la hemorragia talámica en cuidados intensivos (Chan, 2015), para planificar la asistencia de enfermería de los pacientes sometidos a ventilación mecánica en situaciones neurológicas complejas (Venkatesaperumal et al., 2013), para elaborar los términos que se deberían emplear en el diagnóstico/establecimiento del pronóstico y para las

intervenciones de enfermería en ancianos (de Medeiros y da Nóbrega, 2013). Este modelo se ha utilizado como guía para la práctica, la investigación y la educación en enfermería.

Ida Jean (Orlando) Pelletier

Teoría del proceso de enfermería

Ida Jean Orlando desarrolló su teoría a partir de un estudio que realizó en la School of Nursing de la Yale University acerca de la integración de conceptos de salud mental en un currículo de Enfermería básica. Este estudio se realizó por observación y participación en experiencias con pacientes, estudiantes, enfermeras e instructores y se derivó inductivamente de notas de campo para este estudio. Orlando analizó el contenido de 2.000 contactos enfermera-paciente y creó su teoría basándose en el análisis de estos datos (Schmieding, 1993). Meleis (2012) ha observado: «Orlando fue una de las primeras pensadoras en enfermería que propuso que los pacientes tienen sus propios significados e interpretaciones de las situaciones y, por tanto, las enfermeras deben validar sus inferencias y análisis con los pacientes antes de sacar conclusiones» (pág. 243). Su teoría se publicó en *The Dynamic Nurse-Patient Relationship* (Orlando, 1961), que fue un resultado de este proyecto. El objetivo de su libro fue contribuir al interés por la relación enfermera-paciente, el papel y la identidad de la enfermera profesional y el desarrollo de conocimientos distintos de la enfermería (Schmieding, 1993). En 1990, la National League for Nursing (NLN) reimprimió la publicación de Orlando de 1961. En el prefacio de la edición de la NLN, Orlando afirmó: «Si hubiera sido más valiente en 1961, cuando escribí este libro por primera vez, la habría propuesto como "teoría del proceso de enfermería" en vez de como "teoría de la práctica enfermera efectiva"» (Orlando, 1990, pág. vii). Orlando (1972) continuó desarrollando y mejorando su trabajo y, en su segundo libro, *The Discipline and Teaching of Nursing Process: An Evaluative Study*, redefinió y renombró el proceso de enfermería deliberadamente como disciplina del proceso de enfermería.

La teoría de la enfermería de Orlando resalta la relación recíproca

entre paciente y enfermera. Lo que la enfermera y el paciente dicen y hacen les afecta a ambos. Orlando (1961) ve la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Fue una de las primeras líderes de enfermería en identificar y resaltar los elementos del proceso de enfermería y la importancia crítica de la participación del paciente en el mismo. La teoría de Orlando se centra en cómo mejorar la conducta del paciente. La evidencia de aliviar la angustia del paciente es un cambio positivo en la conducta observable del paciente. Orlando podría haber facilitado el desarrollo de las enfermeras como pensadoras lógicas (Nursing Theories Conference Group y George, 1980).

Según Orlando (1961), las personas se convierten en pacientes que requieren atención enfermera cuando tienen necesidades de ayuda que no pueden satisfacer independientemente porque tienen limitaciones físicas, reacciones negativas a un entorno o una experiencia que les impide comunicar sus necesidades. Los pacientes sufren angustia o sentimientos de indefensión a causa de las necesidades de ayuda no satisfechas (Orlando, 1961). Orlando propuso una correlación positiva entre el tiempo durante el que no se cumplen las necesidades del paciente y su grado de angustia. Por tanto, en su teoría se hace hincapié en la inmediatez. En opinión de Orlando, cuando las personas pueden satisfacer sus propias necesidades, no sienten angustia y no necesitan asistencia de una enfermera profesional. La práctica guiada por la teoría de Orlando utiliza un principio reflexivo para comprobar las inferencias (May, 2014; Schmieding, 2006). Orlando insiste en que es básico que las enfermeras compartan sus percepciones, pensamientos y sentimientos para poder determinar si sus inferencias son compatibles con la necesidad del paciente (Schmieding, 2006). Boschini (2015) utilizó la teoría de Orlando como representación visual de las experiencias de los miembros del claustro de la Facultad de Enfermería que daban soporte a los alumnos con estrés psicológico. La teoría de Orlando sigue siendo una teoría práctica eficaz y resulta especialmente útil para enfermeras que empiezan a ejercer.

Referencias para ampliar conocimientos

- Kaplan, D., & King, C. (2000). *Guide to the Ernestine Wiedenbach papers.* Extraído de http://hdl.handle.net/10079/fa/mssa.ms.1647.
- Orlando interview: Nursing process discipline. In *Nurse theorists: Portraits of excellence,* vol. I (vídeo). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Peplau Interview: Interpersonal relations in nursing. In *Nurse theorists: Portraits of excellence,* vol. I (vídeo). Athens, OH: Fitne, Inc.

Bibliografía

Abdellah FG. Interview with Rear Admiral Faye Glenn Abdellah. Interview by Captain Melvin Lessing. *Military Medicine*. 2004;169(11):iii–iii10.

Abdellah FG, Beland IL, Martin A, Matheney RV. *Patient-centered approaches to nursing*. New York: Macmillan; 1960.

Abdellah FG, Levine E. *Preparing for nursing research in the 21st century: Evolution, methodologies, challenges*. New York: Springer; 1994.

Adam E. *To be a nurse*. Philadelphia: Saunders; 1980.

Adam E. Frontiers of nursing in the 21st century: Development of models and theories on the concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1983;8:41–45.

Adam E. Nursing theory: What it is and what it is not. Nursing papers. *Perspectives in Nursing*. 1987;19:5–14.

Adam E. *To be a nurse*. 2nd ed. Montreal: Saunders; 1991.

Adam E. Conceptual models. *Canadian Journal of Nursing Research*. 1999;30:103–114.

Amakali K, Small LF. Beyond routine care for children with heart diseases from the vulnerable context: A clinical practice perspective. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014;4:43–49.

American Nurses Association. (June 14, 2012). *Six registered nurses to be inducted into ANA hall of fame for lifetime of contributions to nursing*. Retrieved April 16, 2016 from http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PreJune2012.pdf.

Arungwa OT. The relevance of continuing education among nurses in national orthopaedic hospital, Igbobi, Lagos. *West African Journal of Nursing*. 2014;25(2):63–74.

Banks, J. (2015). Identifying risk factors for high incidence of peripheral

intravenous catheters complications: Reducing infiltration rate within the hospital. *Walden University Scholar Works*. Walden University: Walden Dissertations and Doctoral Studies.

Barnard KE. *Nursing child assessment and training: Learning resource manual*. Seattle: University of Washington; 1978.

Barnard, K.E. (2004). Welcome and Opening Plenary. Proceedings from AMCHP'04: Mental health—Promoting a new paradigm for MCH public health practice. Retrieved from http://128.248.232.90/archives/mchb/amchp2004/p1/transcripts/session09f

Bixler GK, Bixler RW. The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*. 1959;59(8):1142–1146.

Boschini DJ. *Nursing faculty experiences with providing support to psychologically distressed students: A phenomenological approach*. : (Doctoral dissertation, California State University, Fresno).

Bulson JA, Bulson T. Nursing process and critical thinking linked to disaster preparedness. *Journal of Emergency Nursing*. 2011;37:477–483.

Bunkers SS. Presence: The eye of the needle. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:10–14.

Butts JB, Rich KL. *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015.

Chan C. Applying the Roper, Logan and Tierney Model on the management of thalamic haemorrhage in the critical care setting: A case study. *Singapore Nursing Journal*. 2015;42:22–28.

Cherian S, Karkada S. Effect of education related to oral care practices on nurses' knowledge, practice and clinical outcomes of mechanically ventilated patients in Dubai. *International Journal of Nursing Research and Practice*. 2015;2:9–14.

Clares JWB, de Freitas MC, Borges CL. Social and clinical factors causing mobility limitations in the elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014;27:237–242.

Corrigan C, Kwasky A, Groh C. Social support, postpartum depression and professional assistance: A survey of mothers in the midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*. 2015;24:48–60.

de Medeiros AT, da Nóbrega ML. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice—ICNPA® for senior patients: A methodological study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2013;12:590–592.

Deane WH, Fain JA. Incorporating Peplau's Theory of Interpersonal Relations to promote holistic communication between older adults and nursing students. *Journal of Holistic Nursing*. 2016;34:35–41.

Degavi G, Bjupali P. Knowledge regarding cardiac rehabilitation among

staff nurses. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 2015;5:87–93.

Dickoff J, James P, Wiedenbach E. Theory in a practice discipline, part I: Practice oriented research. *Nursing Research*. 1968;17:415–444.

Dickoff J, James P, Wiedenbach E. Theory in a practice discipline, part II: Practice oriented research. *Nursing Research*. 1968;17:545–554.

Dijkstra A, Yönt GH, Korhan EA, Muszalik M, Kedziora-Kornatowska K, Suzuki M. The care dependency scale for measuring basic human needs: An international comparison. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68:2341–2348.

Dopson, L. (October 15, 2004). Obituary: Nancy Roper. The Independent. Retrieved from http://www.independent.co.uk.

Doss J. Effectiveness of foot massage on level of pain among patients with cancer. *Asian Journal of Nursing Education & Research*. 2014;4:228–231.

Doyle C, Buckley S. An account of nursing a child with complex needs in the home. *Nursing Children and Young People*. 2012;24:19–22.

Draucker CB, Cook CB, Martsolf DS, Stephenson PS. Adolescent dating violence and Peplau's dimensions of the self. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2012;18:175–188.

Ervin S. History of nursing education in the United States. In: Sarah B, Keating, eds. *Curriculum development & evaluation*. 3rd ed New York: Springer Publishing Company; 2015:5–32.

Falk KJ. Appreciative inquiry with nurses who work with children of incarcerated parents. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27(4):315–323.

Frankel V. *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Washington Square Press; 1963.

Guo Y, Leu S-Y, Barnard KE, Thompson EA, Spieker SJ. An examination of changes in emotion co-regulation among mother and child dyads during the strange situation. *Infant and Child Development*. 2015;24:256–273.

Haber J. Hildegard E. Peplau: The psychiatric nursing legacy of a legend. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2000;6:56–62.

Hall LE. Nursing: What is it? *The Canadian Nurse*. 1964;60:150–154.

Hall LE. The Loeb Center for Nursing and Rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*. 1969;6:81–95.

Hall LE, Alfano GJ, Rifkin E, Levine HS. *Longitudinal effects of an experimental nursing process (final report)*. New York: Loeb Center for Nursing and Rehabilitation; 1975.

Hallett DC, Wagner L. Promoting the health of Europeans in a rapidly changing world: A historical study of the implementation of World Health Organization policies by the nursing and midwifery unit, European regional office, 1970-2003. *Nursing Inquiry*. 2011;18:359–368.

Henderson V. *Textbook of the principles and practice of nursing*. 5th ed. New York: Macmillan; 1955.

Henderson V. *Basic principles of nursing care*. London: International Council of Nurses; 1960.

Henderson V. The nature of nursing. *American Journal of Nursing*. 1964;64:62–68.

Henderson V. *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan; 1966.

Henderson V. Preserving the essence of nursing in a technological age. *Journal of Advanced Nursing*. 1980;5:245–260.

Henderson VA. *The nature of nursing: Reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press; 1991.

Henderson V. The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53:21–31.

Holland K, Jenkins J, Solomon J, Whittam S. *Applying the Roper-Logan-Tierney Model in practice*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier Health Sciences; 2008.

Hungerford C, Prosser B, Davey R. The key role of nurse researchers in the evaluation of nurse practitioner models of practice. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2015;29:214–225.

Kaplan, D., & King, C. (2000). Guide to the Ernestine Wiedenbach papers. Retrieved from http://hdl.handle.net/10079/fa/mssa.ms.1647.

Kelly JF, Barnard KE. Assessment of parent-child interaction: implications for early intervention. In: Shonkoff S, Meisels SJ, eds. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000:258–289.

Kouta C, Kaite CP, Papadopoulos I, Phellas CN. Evaluation of home care nursing for elderly people in Cyprus. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8(2):376–384.

Liebel DV, Powers BA, Hauenstein EJ. Home health care nurse interactions with homebound geriatric patients with depression and disability. *Research in Gerontological Nursing*. 2015;8(3):130–139.

Martina H, Beulah H, David A. Effectiveness of massage therapy on respiratory status among toddlers with lower respiratory tract infections. *Nitte University Journal of Health Science*. 2015;5:49–54.

Masters K. *Nursing theories: A framework for professional practice*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015.

May BA. Orlando's nursing process theory and nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2014:285–302.

May R. *Man's search for himself*. New York: W. W. Norton; 1953.

McCoy ML, Davidhizar R, Gillum DR. A correlational pilot study of home health nurse management of heart failure patients and hospital readmissions. *Home Health Care Management and Practice*. 2007;19:392–396.

Meleis A. *Theoretical nursing: Development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

National Library of Medicine. (1988). *Finding aid to the Faye Glenn Abdellah papers, 1952–1989*. (NIH Collection No. MS C 424). Bethesda, MD: National Library of Medicine. Retrieved from http://www.nlm.nih.gov/hmd/manuscripts/ead/abdellah.html.

Nicely B, DeLario GT. Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*. 2011;21:72–77.

Nursing Theories Conference Group & George, J. B. (Chairperson). *Nursing theories: The base for professional practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.

Orlando IJ. *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles of professional nursing practice*. New York: Putnam; 1961.

Orlando IJ. *The discipline and teaching of nursing process: An evaluative study*. New York: Putnam; 1972.

Orlando IJ. *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles (Pub. No. 15-2341)*. New York: National League for Nursing; 1990.

Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam; 1952.

Pettersson M, Hedström M, Höglund AT. Striving for good nursing care: Nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. *Nursing Ethics*. 2014;21(8):902–915.

Rich K. Revisiting Joyce Travelbee's question: What's wrong with sympathy? *Journal of the American Psychiatric Association*. 2003;9(6):202–205.

Roper N. *Principles of nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1967.

Roper N. *Clinical experience in nurse education (Research monograph)*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1976.

Roper, N. (1977). *Paper (and working documents) on the assessment of patient/client needs for nursing care*. NMU Archive Box 2, Kolding, Denmark.

Roper N. *The elements of nursing: A model for nursing*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1985.

Roper N. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of*

living. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1990.

Roper N, Logan WW, Tierney AJ. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1996.

Roper N, Logan WW, Tierney AJ. *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: Based on activities of living*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.

Schmieding NJ. *Ida Jean Orlando: A nursing process theory*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1993.

Schmieding NJ. Ida Jean Orlando (Pelletier): Nursing process theory. In: Tomey AM, Alligood MR, eds. *Nursing theorists and their work*. 6th ed St Louis: Mosby; 2006:431–451.

Scott H. Nancy Roper (1918-2004): A great Nursing pioneer. *British Journal of Nursing*. 2004;19:1121.

Searl KR, McAllister M, Dwyer T, Krebs KL, Anderson C, Quinney L, McLellan S. Little people, big lessons: An innovative strategy to develop interpersonal skills in undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2014;34:1201–1206.

Senn JF. Peplau's theory of interpersonal relations: Application in emergency and rural nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26:31–35.

Sills GM. Peplau and professionalism: The emergence of the paradigm of professionalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998;5:167–171.

Tallberg M, Supporting the nursing process—an aim for education in nursing informatics. Mantas J, ed. *Health telematics education: Studies in health technology and informatics*, vol 41. Amsterdam: IOS Press; 1997:291–296.

Timmins F. Remembering the art of nursing in a technological age. *Nursing in Critical Care*. 2011;16:161–163.

Touhy TA, Birnbach N. Lydia Hall: The care, core, cure model. In: Parker ME, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2001:135–137.

Towell A, Nel W, Muller A. Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness in neophyte critical care nurses in South Africa. *Health SA Gesondheid*. 2015;20:1–10.

Travelbee J. What do we mean by rapport? *American Journal of Nursing*. 1963;63:70–72.

Travelbee J. What's wrong with sympathy? *American Journal of Nursing*. 1964;64:68–71.

Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1966.

Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2nd ed. Philadelphia: F. A.

Davis; 1971.

Trevizan MA, Almeida RGDS, Souza MC, Mazzo A, Mendes IAC, Martins JCA. Empathy in Brazilian nursing professionals: A descriptive study. *Nursing Ethics*. 2015;22:367–376.

Trygstad LN, Buccheri RK, Buffum MD, Ju D, Dowling GA. Auditory hallucinations interview guide: Promoting recovery with an interactive assessment tool. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 2015;53:20–28.

Tsai SY, Barnard KE, Lentz MJ, Thomas KA. Mother-infant activity synchrony as a correlate of the emergence of circadian rhythm. *Biological Research for Nursing*. 2011;1:80–88.

Tsai S, Thomas KA, Lentz MJ, Barnard KE. Light is beneficial for infant circadian entrainment: An actigraphic study. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68:1738–1747.

Venkatesaperumal R, D'Souza MS, Balachandran S, Radhakrishnan J. Role of a nurse in noninvasive positive pressure ventilation: A conceptual model for clinical practice. *International Journal of Nursing Education*. 2013;5:119–123.

Washington GT. The theory of interpersonal relations applied to the preceptor-new graduate relationship. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2013;29:24–29.

The Washington Nurse. (July 2, 2015). UW nursing prof Kathryn Barnard, pioneer for babies, dies at 77. *The Seattle Times*.

Wiedenbach E. *Clinical nursing: A helping art*. New York: Springer; 1964.

Wiedenbach E. Nurses' wisdom in nursing theory. *American Journal of Nursing*. 1970;70:1057–1062.

Wiggins RL. Lydia Hall's place in the development of theory of nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1980;12:10–12.

Wolf KA. Advancing the profession. In: Andrist LC, Nicholas PK, Wolf KA, eds. *A history of nursing ideas*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:301–304.

[*] Créditos de las fotografías (Joyce Travelbee): Louisiana State University Health Sciences Center, School of Nursing, Nueva Orleans, LA.

Autora anterior: Ann Marriner Tomey.

3

Historia de la ciencia enfermera

Sonya R. Hardin

«La filosofía en sentido amplio es apasionante e indaga sobre las dudas fundamentales o "grandes" que los seres humanos se han planteado durante toda la historia. Las preguntas "¿qué es real?" (ontología), "¿qué se puede conocer" (epistemología), "¿es justo?" (ética) y "¿existe un arte de los cuidados?" (estética) se consideran reflexiones indispensables en la práctica enfermera.»

(Bruce, Rietze y Lim, 2014, pág. 65)

¿Por qué es importante la ciencia? La ciencia es un método para describir, explicar y predecir las causas o el resultado de las intervenciones. La actividad científica ha ayudado a establecer evidencias que se utilizan para orientar la práctica en el cuidado de enfermería. Deseamos comprender lo desconocido e identificar la causa, el efecto y la significativa diferencia que puede tener una intervención para prolongar la longevidad (Bronowski, 1979; Gale, 1979; Piaget, 1970). Desde los años sesenta, algunos líderes en enfermería han diseñado estrategias para considerarla una disciplina científica. Ser una disciplina científica implica identificar los conocimientos propios de la enfermería para la asistencia de los pacientes, familias y comunidades. Implica que las enfermeras pueden desarrollar investigación básica y clínica para establecer la base científica de la asistencia de los individuos, las familias, las

comunidades y las poblaciones. Por ejemplo, investigaciones recientes han demostrado que el éxito de la extubación de los lactantes prematuros menores de 28 semanas de edad gestacional se asociaba a una mayor edad gestacional y una menor presión parcial de dióxido de carbono (PCO_2) antes de la extubación. Además, el fracaso de la extubación se asoció a la muerte, la displasia broncopulmonar, la retinopatía grave de los prematuros, la ligadura del conducto arterioso persistente y una duración más prolongada del soporte respiratorio, los suplementos de oxígeno y el ingreso hospitalario. Otros aspectos estudiados no influyeron sobre el éxito de la extubación, como la fracción de oxígeno inspirado (Fio_2) antes de la extubación, la edad en el momento de la misma o el peso al nacer. Los lactantes en los que fracasó la extubación tenían más probabilidad de morir (Manley et al., 2016). Este estudio solo es un ejemplo de la ciencia enfermera; las enfermeras deberían estar familiarizadas con la larga historia de la ciencia enfermera.

Perspectivas históricas de la naturaleza de la ciencia

Para formalizar la ciencia enfermera se deben plantear una serie de preguntas básicas: ¿qué es la ciencia, el conocimiento y la verdad?; ¿qué métodos producen el conocimiento científico? Las respuestas a estas preguntas dependen de la filosofía propia. La perspectiva filosófica personal elegida para responder a estas preguntas condicionará cómo realizan la actividad científica los distintos investigadores, cómo interpretan los resultados, e incluso qué consideran ciencia y conocimiento (Brown, 1977; Foucault, 1973).

Dos perspectivas filosóficas competidoras en ciencia son el racionalismo y el empirismo. Cada una es un tipo de **epistemología,** que es una teoría del conocimiento para comprender la forma de descubrir la respuesta a una pregunta. Gale (1979) etiquetó estas epistemologías alternativas como centralmente ligadas al poder de la razón y al poder de la experiencia sensorial. Gale encontró similitudes entre las visiones divergentes de la ciencia en el tiempo de los griegos clásicos. Por

ejemplo, Aristóteles creía que los avances en las ciencias biológicas se producirían por medio de la observación sistemática de los objetos y los sucesos en el mundo natural, mientras que Pitágoras creía que el conocimiento del mundo natural sería el resultado del razonamiento matemático (Brown, 1977; Gale, 1979).

Con el desarrollo de la disciplina, la ciencia de la enfermería se ha caracterizado por dos ramas filosóficas de conocimiento. Se usan varios términos para describir estas dos posiciones como: 1) formas de ciencia **empirista, mecanicista, cuantitativa** y **deductiva,** o 2) formas de ciencia **interpretativa, holística, cualitativa** e **inductiva.** Conocer la naturaleza de estas posiciones filosóficas diferentes facilita el reconocimiento de la contribución de cada forma en el conocimiento de la enfermería.

Racionalismo

La epistemología del racionalismo (ámbito de conocimiento) destaca la importancia de un razonamiento previo como método adecuado para avanzar en el conocimiento. El razonamiento previo utiliza la lógica deductiva por razonamiento a partir de la causa de un efecto o por generalización a un caso particular. Un ejemplo en enfermería es el de analizar por qué la carencia de apoyo social (causa) provoca un reingreso hospitalario (efecto). Esta relación causal es una afirmación teórica hasta que se confirma o descarta. El enfoque tradicional procede explicando la hospitalización con una exposición sistemática (teoría) de un fenómeno dado (Gale, 1979). Algunas suposiciones teóricas procedentes del razonamiento deductivo están sujetas a pruebas experimentales para corroborar la teoría. Reynolds (1971) etiquetó este enfoque como la **estrategia de la teoría seguida de la investigación.** Si los hallazgos de la investigación no se corresponden con las suposiciones teóricas, se llevará a cabo una investigación adicional o se realizarán modificaciones en la teoría y se prepararán nuevas pruebas; si no, la teoría se descartará y se sustituirá por una explicación alternativa (Gale, 1979; Zetterberg, 1966). Popper (1962) argumentaba que la ciencia iba a evolucionar más rápido por medio de las refutaciones, revisando la investigación como intento de rechazar nuevas ideas. Por ejemplo, su razón es simple; nunca podrá demostrarse que

todas las personas sin apoyo social sufran reingresos hospitalarios más frecuentes, ya que siempre podría haber alguna que no deba ser rehospitalizada. Una única persona sin apoyo social que no tuviera que ser reingresada refuta la teoría de que *todas* las personas con falta de apoyo social sufren reingresos hospitalarios. Desde la perspectiva de Popper, «la investigación consiste en generar hipótesis generales y después intentar refutarlas» (Lipton, 2005, pág. 1263). Así, la hipótesis de que una ausencia de apoyo social produce reingresos hospitalarios sería el tema de interés que debe refutarse.

La visión racionalista se evidencia con más claridad en la obra de Einstein, el físico teórico que extendió el uso de las ecuaciones matemáticas para desarrollar sus teorías. Estas teorías ofrecen un marco imaginativo, que ha dirigido la investigación en numerosas áreas (Calder, 1979). Como afirmaba Reynolds (1971), si alguien cree que la ciencia es un proceso para inventar descripciones de fenómenos, la estrategia adecuada para la construcción de la teoría es la estrategia de la teoría seguida de investigación. Según el punto de vista de Reynolds, «mientras lo continuo interactúa entre la construcción de la teoría (invención) y la comprobación con los métodos empíricos de investigación, la teoría se vuelve más precisa y completa como descripción de la naturaleza y, en consecuencia, más útil para las metas de la ciencia» (Reynolds, 1971, pág. 145).

Empirismo

La visión empirista se basa en la idea central de que el conocimiento científico solo puede derivarse de una experiencia sensorial (es decir, hechos vistos, sentidos, oídos). Francis Bacon (Gale, 1979) consiguió credibilidad al popularizar el enfoque empirista como base de la investigación. Bacon creía que la realidad científica se descubría mediante la generalización de la observación de hechos en el mundo natural. Este enfoque, conocido como **método inductivo,** está basado en la idea de que la observación de los hechos precede a los intentos de formular generalizaciones, llamado por Reynolds (1971) **estrategia de la investigación seguida de la teoría.** Uno de los mejores ejemplos para demostrar esta forma de lógica en enfermería tiene relación con la formulación de un

diagnóstico diferencial, que requiere recoger datos y luego revisar una lista de posibles teorías para explicar los hechos.

La visión empirista estricta se refleja en la obra del conductista Skinner. En un escrito de 1950, Skinner expuso que se podían esperar avances en la ciencia de la psicología si los científicos se centraban en la recogida de datos empíricos. Fue cuidadoso en no extraer inferencias precoces, y propuso una moratoria en la construcción de la teoría hasta que se recogieran más hechos. El enfoque de Skinner (1950) en la construcción de la teoría fue claramente inductivo. Su visión de la ciencia y la popularidad del conductismo influyeron en el cambio de la psicología, haciendo énfasis en la construcción de la teoría a partir de la recopilación de hechos, entre los años cincuenta y los setenta (Snelbecker, 1974). La dificultad del método inductivo en los estudios de investigación estriba en que el mundo presenta un número infinito de observaciones posibles y, por tanto, los científicos trasladan sus propias ideas a su experiencia para decidir qué debe observar y qué debe excluir (Steiner, 1977). Con la inducción es importante no terminar las observaciones demasiado pronto y obtener conclusiones prematuras que sean equivocadas.

En suma, la indagación deductiva utiliza el enfoque de teoría y después investigación, y la inductiva aplica el enfoque de la investigación seguida de la teoría. Ambos planteamientos son utilizados en el campo de la enfermería.

Visiones de principios del siglo xx sobre la ciencia y la teoría

Durante la primera mitad del siglo XX, los **filósofos** se centraron en el análisis de la estructura de la teoría, mientras que los **científicos** trabajaban en la investigación empírica (Brown, 1977). Había un mínimo interés por la historia de la ciencia, la naturaleza del descubrimiento científico o las similitudes entre la visión filosófica de la ciencia y los métodos científicos (Brown, 1977). El **positivismo,** término utilizado por primera vez por Comte, emergió como la visión dominante en la ciencia moderna (Gale, 1979). Los positivistas lógicos modernos creían que la investigación empírica y

el análisis lógico (deductivo e inductivo) eran dos enfoques que iban a producir el conocimiento científico (Brown, 1977).

Los empiristas lógicos ofrecían una visión más indulgente del positivismo lógico y argumentaron que las proposiciones teóricas (proposiciones que afirman o niegan algo) tienen que demostrarse mediante la observación y la experimentación (Brown, 1977). Esta perspectiva tiene su raíz en la idea de que los hechos empíricos existen independientemente de las teorías, y ofrecen la única base para la objetividad en la ciencia (Brown, 1977). Desde este punto de vista, la realidad objetiva existe independientemente del investigador y la tarea de la ciencia es descubrirla, lo que es un método inductivo (Gale, 1979). Esta visión de la ciencia se presenta a menudo en cursos de métodos de investigación como: «El científico, primero, lleva a cabo un experimento; observa lo que ocurre…; llega a una hipótesis preliminar para describir lo que ha ocurrido; realiza más experimentos para probar la hipótesis [y] finalmente corrige o modifica la hipótesis en vista de los resultados» (Gale, 1979, pág. 13).

La creciente utilización de ordenadores, que permiten el análisis de grandes cantidades de datos, puede haber contribuido a la aceptación del enfoque positivista de la ciencia moderna (Snelbecker, 1974). De todos modos, en los años cincuenta, la bibliografía empezó a reflejar un cuestionamiento de la visión positivista, y así empezó a nacer una nueva visión de la ciencia a finales del siglo XX (Brown, 1977).

Visiones emergentes de la ciencia y la teoría a finales del siglo xx

En los últimos años del siglo XX varios autores publicaron estudios que cuestionaban la postura positivista, y ofrecían la base para una nueva perspectiva de la ciencia (Brown, 1977; Foucault, 1973; Hanson, 1958; Kuhn, 1962; Toulmin, 1961). Foucault (1973) publicó un análisis de la **epistemología** (conocimiento) de las ciencias humanísticas de los siglos XVII-XIX. Su tesis principal sostenía que el conocimiento científico se organizaba en diferentes patrones en un momento dado y en una cultura determinada y que los seres

humanos emergían como objetos de estudio.

En 1977, Brown expuso una nueva revolución intelectual en la filosofía que enfatizaba que la historia de la ciencia reemplazaba la lógica formal como el principal instrumento analítico en la filosofía de la ciencia. Una de las principales perspectivas en la nueva filosofía ponía de relieve que la ciencia era un proceso de construcción continua de estudios, más que un producto de los hallazgos. En esta epistemología emergente, el énfasis se desvió hacia entender el descubrimiento y el proceso científico a medida que las teorías cambiaban con el tiempo.

Los empiristas ven los fenómenos objetivamente, recogen datos y los analizan para proponer una teoría inductivamente (Brown, 1977). Esta forma se basa en que la realidad objetiva existe en el mundo, esperando ser descubierta. Brown (1977) presentó una nueva epistemología para desafiar la visión empirista, proponiendo que las teorías desempeñaban un papel crucial en determinar lo que el científico observa y cómo lo interpreta. La historia siguiente (creada por el autor) ilustra la premisa de Brown de que las observaciones están cargadas de conceptos; es decir, una observación está influida por los valores y las ideas que están en la mente del observador:

«Una paciente anciana ha sufrido un traumatismo y aparece llorando. La enfermera de admisiones observa que la paciente tiene marcas en el cuerpo y cree que ha sufrido maltrato; el radiólogo ha visto una radiografía y opina que la paciente que está llorando siente dolor debido a que se ha fracturado el fémur y que no requerirá cirugía sino tan solo una reducción cerrada; el capellán ve a la paciente llorando y cree que necesita consuelo espiritual. Cada una de estas observaciones está lastrada por distintos conceptos.»

Brown (1977) presentó el ejemplo de un químico y un niño que caminan juntos y pasan por delante de una fundición. El químico capta el olor de dióxido de azufre y el niño dice que huele a huevos podridos. Los dos observadores de los ejemplos respondieron a la misma observación, pero con interpretaciones totalmente distintas. Conceptos y teorías establecen fronteras y especifican fenómenos

pertinentes para el razonamiento acerca de pautas específicas observadas. Estos ejemplos representan diferentes ideas que surgen para cada persona.

Si los científicos observan las pautas en el mundo empírico basado en sus teorías presupuestas, ¿cómo pueden percibirse las nuevas pautas o cómo pueden formularse los nuevos descubrimientos? Gale (1979) respondió proponiendo que el científico es capaz de percibir intromisiones contundentes del entorno que cuestionan su razonamiento mental previo, y así surgen preguntas acerca de la perspectiva teórica actual. Brown (1977) mantenía que un presupuesto marco teórico influye en la percepción; sin embargo, las teorías no son el único factor determinante en la percepción del científico. Brown identificó tres puntos de vista distintos de la relación entre teorías y observación:

1. Los científicos son simples observadores pasivos de los sucesos del mundo empírico. Los datos perceptibles son realidad objetiva que espera a ser descubierta.
2. Las teorías estructuran lo que percibe el científico en el mundo empírico.
3. Las teorías presupuestas y los datos observables interactúan en el proceso de investigación científica (Brown, 1977, pág. 298).

El argumento de Brown que explica una perspectiva interaccionista coincide con el consenso científico en el estudio del reconocimiento de las pautas de cómo procesan la información los humanos. Las distintas miniteorías siguientes han dirigido sus esfuerzos de investigación en esta área: 1) la teoría basada en los datos o ascendente, y 2) la teoría basada en los conceptos o descendente (Norman, 1976). En la teoría ascendente, las expectativas cognoscitivas (lo que se conoce o las formas de organizar el significado) se utilizan para seleccionar la información de entrada y procesar esa información que proviene del entorno. La segunda, teoría descendente, supone que los datos se perciben como información no etiquetada, y se analizan como datos aún por procesar, aumentando los niveles de complejidad hasta que se han clasificado todos los datos. La evidencia de la investigación actual

sugiere que el reconocimiento de las pautas humanas progresa mediante la interacción de procesos, basados tanto en los datos como en los conceptos, y utiliza fuentes de información en categorías cognitivas, debidamente organizadas, así como en estímulos del entorno sensorial. La perspectiva interaccionista también se encuentra claramente reflejada en la teoría del funcionamiento cognitivo humano de Piaget:

«El hombre de Piaget selecciona e interpreta de manera activa la información del entorno para la construcción de su propio conocimiento, más que copiar pasivamente la información tal como llega a los sentidos. Mientras pone atención y toma en consideración la estructura del entorno durante la búsqueda del conocimiento, el hombre de Piaget reconstruye y reinterpreta el entorno [según] su propio marco mental… La mente no copia el mundo… ni lo ignora creando una concepción mental particular de este desde su totalidad. La mente se funde con el entorno de manera extremadamente activa, dirigida por uno mismo.»

(Flavell, 1977, pág. 6)

En la nueva epistemología, la ciencia se considera un proceso en curso. Se da mucha importancia a la idea de consenso entre los científicos. Como concluyó Brown (1977), el hecho de que la ciencia pueda establecer verdades finales es un mito. Lo que se puede esperar son intentos de consenso basados en los juicios razonados sobre las evidencias disponibles. En esta visión de la ciencia, el conocimiento científico es lo que el consenso de los científicos, en todas las etapas de la historia, considera conocimiento científico (Brown, 1977). Este consenso es posible gracias a la colaboración de numerosos científicos, que ponen su trabajo a disposición de la revisión pública y el debate, y también porque se construye a partir de descubrimientos científicos previos (Randall, 1964). La evidencia nos permite empezar a comprender la ciencia basada en la evidencia. Las enfermeras usan la ciencia basada en la evidencia para apoyar las intervenciones que realizan en la asistencia de sus pacientes.

En una época y en una disciplina determinadas, la ciencia se

estructura desde un conjunto aceptado de presuposiciones que definen tanto los temas para el estudio como los mejores métodos para la recolección e interpretación de los datos (Brown, 1977; Foucault, 1973; Kuhn, 1962). Estas presuposiciones ponen las fronteras de la iniciativa científica en un campo en concreto. Veamos la idea de Brown acerca de las interrelaciones entre la teoría y la observación empírica:

«La teoría determina lo que deben hacer las observaciones y cómo deben entenderse, y la observación pone en duda las estructuras teóricas aceptadas. El intento continuo de elaborar un corpus coherentemente organizado de teoría y observación es la fuerza principal de la investigación, y el fracaso persistente de proyectos de investigación específicos lleva a revoluciones científicas.»

(Brown, 1977, pág. 167)

Lo que en este momento se considera el mejor abordaje del cuidado del paciente con los conocimientos actuales puede cambiar con el tiempo. Cuando aparecen nuevos problemas o nuevas formas de interpretar las observaciones, se produce un cambio en nuestra forma de pensar y hacer las cosas (Kuhn, 1962). Según Kuhn, la ciencia progresa de una preciencia a una ciencia normal, a una crisis, a una revolución y luego a una nueva ciencia normal. Una vez se desarrolla la ciencia normal, el proceso vuelve a empezar cuando irrumpe una crisis y desemboca en una revolución, y vuelve a surgir una nueva ciencia normal (Kuhn, 1970; Nyatanga, 2005). Esto es a lo que Kuhn llama *cambio de paradigma* en el desarrollo científico dentro de una disciplina. Por ejemplo, las investigaciones más recientes apoyan que una movilización precoz de los enfermos críticos mejora su pronóstico (Schweickert y Kress, 2011).

Interdependencia de la teoría y la investigación

Tradicionalmente, la construcción de la teoría y la investigación se

han impartido a los estudiantes en cursos separados. A menudo, esta separación ha causado problemas a los estudiantes para entender la naturaleza de las teorías y para comprender la relevancia de los esfuerzos de la investigación (Winston, 1974). Aunque la teoría y la investigación pueden observarse como operaciones distintas, se pueden interpretar más acertadamente como componentes interdependientes del proceso científico (Dubin, 1978). A la hora de construir una teoría, el teórico debe ser consciente de los hallazgos empíricos disponibles y tiene que ser capaz de tenerlos en cuenta, porque la teoría está, en parte, ligada a la organización y a la formalización del conocimiento disponible de un fenómeno determinado. La teoría está sujeta a revisión si las hipótesis no llegaran a corresponderse con los hallazgos empíricos o si la teoría se abandonara a favor de una explicación alternativa que justificara la nueva información (Brown, 1977; Dubin, 1978; Kuhn, 1962).

En una disciplina científica, no es correcto juzgar una teoría basándose en la autoridad, la fe o la intuición; una teoría debería juzgarse en función del consenso científico (Randall, 1964). Por ejemplo, si una teoría de enfermería específica se considera aceptable, este juicio no debería hacerse solo porque un líder enfermero respetado defienda esta teoría. En cambio, la teoría debería considerarse aceptable por su fondo lógico, conceptual o empírico. La comunidad (enfermera) científica realiza este tipo de juicios (Gale, 1979).

Así, el avance en la ciencia es un trabajo de colaboración que muchos investigadores evalúan y construyen a partir del trabajo de otros. Las teorías, los procedimientos y los descubrimientos de los estudios empíricos deben estar disponibles para someterlos a una revisión crítica de los científicos, para que la evidencia sea acumulativa. Los mismos procedimientos pueden utilizarse para dar apoyo o rechazar un cierto análisis o descubrimiento. Una teoría se acepta cuando los científicos están de acuerdo en que ofrece una descripción de la realidad que abarca el fenómeno basándose en los resultados actuales de la investigación (Brown, 1977). La aceptación de una hipótesis científica depende de la coherencia de la teoría, que implica esfuerzos para relacionar la teoría con fenómenos observables en la práctica mediante la

investigación (Steiner, 1978).

Por tanto, el consenso relacionado con la correspondencia de la teoría no está basado en un solo estudio. La repetición de pruebas es fundamental. El estudio debe repetirse bajo las mismas condiciones, y las suposiciones teóricas deben explorarse bajo condiciones o con medidas distintas. Así, el consenso se basa en la acumulación de indicios (Giere, 1979). Cuando la teoría no parece tener el apoyo de la investigación, la comunidad científica no tiene por qué rechazarla necesariamente. Más que aceptar que existe un problema en la teoría en sí, la comunidad puede establecer juicios sobre la validez o la confianza en las medidas utilizadas para demostrar la teoría o sobre la adecuación del diseño de la investigación. Estas posibilidades se consideran evaluando de manera crítica todos los intentos para demostrar una teoría concreta.

Para cualquier teoría, el consenso científico es necesario en tres áreas fundamentales: 1) acuerdo sobre los límites de la teoría, es decir, el fenómeno del que trata y los fenómenos que excluye (criterio de coherencia); 2) acuerdo acerca de la lógica usada para construir la teoría a fin de lograr una mayor comprensión desde una perspectiva similar (criterio de coherencia), y 3) acuerdo de que la teoría coincide con los datos recogidos y analizados por medio de la investigación (criterio de correspondencia) (Brown, 1977; Dubin, 1978; Steiner, 1977; 1978). Esencialmente, el consenso en estas tres áreas constituye un acuerdo entre los científicos para «mirar las mismas "cosas", para hacerlo de la misma manera y para tener un grado de confianza certificado por una prueba empírica» (Dubin, 1978, pág. 13). Por tanto, la teoría debe cumplir estos criterios para ser operacionalizada.

La actividad científica implica probar una cierta teoría, desarrollar nuevas aplicaciones de la misma o ampliarla. En escasas ocasiones se desarrolla una nueva teoría con distintas suposiciones, que podría sustituir posiblemente las teorías previas. Por tanto, una teoría aceptada previamente es abandonada en favor de otra cuando no consigue una correspondencia con los hallazgos empíricos o no presenta unas directrices claras hacia otras investigaciones. La comunidad científica valora la teoría alternativa seleccionada para explicar los datos disponibles y sugerir líneas de

investigación adicionales (Brown, 1977; Kuhn, 1962). De esta manera se conforma una nueva visión del mundo.

En las ciencias sociales y conductuales como la enfermería, hay algunos retos acerca de las suposiciones que subyacen en los métodos aceptados del diseño experimental, medición y análisis estadísticos que ponen de relieve la búsqueda de leyes universales y el uso de procedimientos por asignación aleatoria de sujetos a través de los contextos. Mishler (1979) afirmaba que, a la hora de estudiar el comportamiento humano, los investigadores deberían desarrollar métodos y procedimientos que dependan del contexto para su significado, más que eliminar el contexto buscando leyes que se mantengan en otros contextos. Esta crítica de los métodos y suposiciones de la investigación procede de los teóricos fenomenológicos, que ven el proceso científico de manera diferente (Bowers, 1992; Hudson, 1972; Mishler, 1979; Pallikkathayil y Morgan, 1991). Una de estas perspectivas del mundo se llama **fenomenología,** que describe cómo percibimos los objetos del mundo externo y elabora una explicación acerca de cómo se construyen los objetos de la experiencia. En la fenomenología, el investigador postula que todos los objetos existen porque las personas los perciben y los construyen como tales. Un ejemplo de la fenomenología es el intento de comprender al paciente escuchando su experiencia vital y apreciando a cada individuo de forma holística.

Se ha conseguido el consenso en enfermería de que la base de conocimientos para la práctica de la enfermería se basa en las filosofías **pospositivista** e **interpretativa** (Ford-Gilboe, Campbell y Berman, 1995). El pospositivismo se centra en el descubrimiento de pautas que puedan describir, explicar o predecir los fenómenos. Rechaza las visiones positivistas antiguas, tradicionales, de un conocimiento objetivo último que se observa solamente por medio de los sentidos (Ford-Gilboe et al., 1995; Weiss, 1995). El paradigma interpretativo tiende a basar la comprensión sobre los significados de las interacciones sociales de los participantes que destacan la situación, el contexto y las múltiples construcciones cognitivas que las personas crean a partir de experiencias de la vida diaria (Ford-Gilboe et al., 1995). El paradigma crítico para el desarrollo del conocimiento en enfermería también se ha descrito como un

paradigma emergente, posmoderno. Este paradigma se centra en la interacción entre lo social, lo político, lo económico, los factores relacionados con el género y la cultura, y las experiencias de salud y enfermedad (Ford-Gilboe et al., 1995). Una amplia concepción del posmodernismo incluye las filosofías particulares que tratan de la «objetivación del conocimiento», como la fenomenología, la hermenéutica, el feminismo, la teoría crítica y el postestructuralismo (Omery, Kasper y Page, 1995).

La filosofía de la enfermería se ha desarrollado en un período de 150 años. La filosofía de los cuidados, el naturalismo y el holismo tienen recorridos que pueden encontrarse en la bibliografía. Numerosos autores han escrito sobre los cuidados. El cuidado implica la totalidad de la situación del paciente, que implica que en enfermería dichos cuidados requieren una interpretación, comprensión y experiencia hermenéutica. La filosofía de los cuidados implica conocimiento, competencias, confianza de los pacientes y capacidad para gestionar todos los elementos simultáneamente en el contexto de tales cuidados (Adams, 2016).

El holismo es otra filosofía en la comprensión del paciente (Hennessey, 2011). La enfermería holística contempla los subsistemas biofísicos, psicológicos y sociológicos como relacionados, pero separados, con lo que el todo es igual a la suma de las partes. La enfermería holística reconoce que los múltiples subsistemas se encuentran en continua interacción y que existen relaciones entre mente y cuerpo (Aghebati et al., 2015).

El naturalismo tiene un componente metafísico que implica que el mundo natural existe; no hay un dominio no natural o sobrenatural. El mundo natural es abierto, ya que depende del método que exija la indagación. El naturalismo insiste en que el conocimiento y las creencias se consiguen a través de los propios sentidos guiados por la razón, así como por los diversos métodos de la ciencia (Hussey, 2011). A pesar de que estas filosofías han sido propuestas en la bibliografía, la ciencia de la enfermería aún se encuentra en las fases primeras del desarrollo científico.

Conforme la disciplina enfermera se mueve hacia delante, existe una evidencia profusa de que un número creciente de estudiosos de la enfermería se encuentran comprometidos activamente con el progreso del conocimiento para esta disciplina a través de la

investigación y del diálogo experto. Así puede observarse en la aparición de teorías de nivel medio que utilizan teorías inductivas, deductivas y de síntesis tanto de la propia enfermería como de otras disciplinas (Peterson y Bredow, 2017; Sieloff y Frey, 2007; Smith y Liehr, 2013). Este nuevo siglo de conocimientos para científicos y expertos en enfermería explora los fenómenos de interés en este campo y aporta evidencias de investigación para una práctica enfermera de calidad.

Ciencia como una iniciativa social

El proceso de investigación científica también puede considerarse una iniciativa social (Mishler, 1979). Como citó Gale: «Son los seres humanos los que hacen la ciencia» (Gale, 1979, pág. 290). De este modo, se puede anticipar que los factores sociales, económicos o políticos pueden influir en la iniciativa científica (Brown, 1977). Por ejemplo, la popularidad de ciertas ideologías influye en cómo se ven los fenómenos y qué problemas se deben seleccionar para el estudio (Hudson, 1972). La ciencia progresa mediante la diversidad del diálogo en la disciplina enfermera. Se considera la utilización de uno o múltiples paradigmas o la creación de un paradigma unificado a partir de muchos en relación con los avances en la epistemología de la enfermería.

Referencias para ampliar conocimientos

- Cien términos filosóficos básicos: http://www.str.org/articles/100-basic-philosophical-terms#.V1N0fyGIxS0.
- Edmund Husserl: http://plato.stanford.edu/entries/husserl/.
- Filosofía de la ciencia de Kant: http://plato.stanford.edu/entries/kant-science/.
- Racionalismo frente a empirismo: http://plato.stanford.edu/entries/rationalism-empiricism/.
- Fenomenología: http://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/.
- Naturalismo: http://plato.stanford.edu/entries/naturalism/.

Bibliografía

Adams LY. The conundrum of caring in nursing. *International Journal of Caring Sciences*. 2016;9(1):1–8.

Aghebati N, Mohammadi E, Ahmadi F, Noaparast KB. Principle-based concept analysis: Intentionality in holistic nursing theories. *Journal of Holistic Nursing*. 2015;33:68–83.

Bowers L. Ethnomethodology I: An approach to nursing research. *International Journal of Nursing Studies*. 1992;29(1):59–67.

Bronowski J. *The visionary eye: Essays in the arts, literature and science*. Cambridge, MA: MIT Press; 1979.

Brown H. *Perception, theory and commitment: The new philosophy of science*. Chicago: University of Chicago Press; 1977.

Bruce A, Rietze L, Lim A. Understanding philosophy in a nurse's world: What, where and why? *Nursing and Health*. 2014;2(3):65–71.

Calder N. *Einstein's universe*. New York: Viking; 1979.

Dubin R. *Theory building*. New York: Free Press; 1978.

Flavell JH. *Cognitive development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.

Ford-Gilboe M, Campbell J, Berman H. Stories and numbers: Coexistence without compromise. *Advances in Nursing Science*. 1995;18(1):14–26.

Foucault M. *The order of things: An archaeology of the human sciences*. New York: Vintage Books; 1973.

Gale G. *Theory of science: An introduction to the history, logic and philosophy of science*. New York: McGraw-Hill; 1979.

Giere RN. *Understanding scientific reasoning*. New York: Holt, Rhinehart, & Winston; 1979.

Hanson NR. *Patterns of discovery*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1958.

Hennessey S. Wholism: Another perspective. *California Journal of Oriental Medicine*. 2011;22(2):7–11.

Hudson L. *The cult of the fact*. New York: Harper & Row; 1972.

Hussey T. Naturalistic nursing. *Nursing Philosophy*. 2011;12:45–52.

Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press; 1962.

Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1970.

Lipton P. The Medawar lecture 2004: The truth about science. *Philosophical Transactions of the Royal Society*. 2005;360:1259–1269.

Manley BJ, Doyle LW, Owen LS, Davis PG. Extubating extremely preterm

infants: Predictors of success and outcomes following failure. *Journal of Pediatrics*. 2016;173:45–49.

Mishler EG. Meaning in context: Is there any other kind? *Harvard Educational Review*. 1979;49:1–19.

Norman DA. *Memory and attention: An introduction to human information processing*. New York: Wiley; 1976.

Nyatanga L. Nursing and the philosophy of science. *Nurse Education Today*. 2005;25(8):670–674.

Omery A, Kasper CE, Page GG. *In search of nursing science*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.

Pallikkathayil L, Morgan S. Phenomenology as a method for conducting clinical research. *Applied Nursing Research*. 1991;4(4):195–200.

Peterson SJ, Bredow TS. *Middle range theories: Application to nursing research*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.

Piaget J. *The place of the sciences of man in the system of sciences*. New York: Harper & Row; 1970.

Popper K. *Conjectures and refutations*. New York: Basic Books; 1962.

Randall JH. *Philosophy: An introduction*. New York: Barnes & Noble; 1964.

Reynolds P. *A primer in theory construction*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill; 1971.

Schweickert WD, Kress JP. Implementing early mobilization interventions in mechanically ventilated patients in the ICU. *Chest*. 2011;140:1612–1617.

Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007.

Skinner BF. Are theories of learning necessary? *Psychological Review*. 1950;57:193–216.

Smith MJ, Liehr PR. *Middle range theory for nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 2013.

Snelbecker G. *Learning theory, instructional theory, and psychoeducational design*. New York: McGraw-Hill; 1974.

Steiner, E. (1977). *Criteria for theory of art education.* Unpublished monograph presented at Seminar for Research in Art Education. Bloomington: Indiana University School of Education.

Steiner E. *Logical and conceptual analytic techniques for educational researchers*. Washington, DC: University Press; 1978.

Toulmin S. *Foresight and understanding*. New York: Harper & Row; 1961.

Weiss SJ. Contemporary empiricism. In: Omery A, Kasper CE, Page GG, eds. *In search of nursing science*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:13–26.

Winston C. *Theory and measurement in sociology*. New York: Wiley; 1974.

Zetterberg HL. *On theory and verification in sociology*. Totowa, NJ: Bedminster Press; 1966.

4

Proceso de desarrollo de teorías

Sonya R. Hardin

«Para que la ciencia enfermera avance, es fundamental que las enfermeras tengan un conocimiento profundo de los fundamentos filosóficos y teóricos de la disciplina.»

(Yancey, 2015, pág. 278)

Las teorías de enfermería que establecen claramente la comprensión de los fenómenos de enfermería (es decir, el autocuidado, la comunicación terapéutica, la aflicción crónica) dirigen la práctica e investigación en enfermería. Cuando se propone una teoría de la enfermería para abordar un fenómeno de interés, se tienen en cuenta varias cuestiones, como su completitud y lógica, consistencia interna, correspondencia con hallazgos empíricos y si ha sido definida de forma operativa para ser probada. Los análisis de las pruebas conducen lógicamente a la evolución de la teoría. La evidencia científica se acumula a través de repetidas investigaciones rigurosas que apoyan o refutan los fundamentos teóricos y dan lugar a modificaciones o extensiones de la teoría. El desarrollo de teorías de enfermería no es una actividad misteriosa, sino un esfuerzo investigador que se persigue sistemáticamente. El desarrollo riguroso de las teorías de enfermería, por tanto, tiene una elevada prioridad para el futuro de la disciplina y la práctica de la profesión de enfermería (McCrae, 2012).

Los profesionales de enfermería en la práctica observan patrones que a menudo conducen a protocolos o árboles de toma de decisiones. La función de estos protocolos y árboles de toma de decisiones es el fenómeno que interesa en la atención al paciente. Un modelo o marco conceptual para comprender y definir los fenómenos de interés es el primer paso en el desarrollo de la teoría. Construir relaciones con vínculos entre conceptos relacionados es el segundo paso. Por último, los enunciados o proposiciones relacionados se desarrollan para construir una teoría.

Componentes de la teoría

El desarrollo de una teoría precisa la comprensión de determinados términos académicos, definiciones y premisas para que puedan dar lugar a revisiones y análisis especializados. Se debe prestar atención a los términos y significados definidos para comprender el proceso de desarrollo de la teoría que se utilizó. Por tanto, la claridad de los términos, su utilidad científica y su valor para la disciplina son cuestiones importantes en el proceso.

Hage (1972) identificó seis componentes teóricos y especificó su contribución a la teoría (tabla 4.1). Se presentan tres categorías de componentes teóricos como base para comprender la función de cada elemento en el proceso de desarrollo de teorías: los conceptos y definiciones, los enunciados relacionados, y los vínculos y la organización.

Tabla 4.1

Componentes teóricos y sus contribuciones a la teoría

Componentes teóricos	Contribuciones a la teoría	Ejemplos	
Conceptos y definiciones			
Conceptos	Describen el fenómeno	Edad	Ejercicio
Definiciones teóricas del concepto	Establecen el significado	Cuánto tiempo alguien ha estado vivo	Una persona que está activa
Definiciones operativas del concepto	Proporcionan la medida	Años de vida	Número de horas que está activa

Enunciados relacionados		
Enunciados teóricos	Relacionan unos conceptos con otros; permite el análisis	El ejercicio disminuye con la edad
Enunciados operativos	Relacionan conceptos con medidas	Las horas de actividad disminuyen con más años de vida
Vínculos y organización		
Vínculos de los enunciados teóricos	Proporcionan una explicación de por qué los enunciados teóricos están relacionados; añaden plausibilidad	Un estudio de los CDC de 2013 informó de que más del 30% de los adultos de 65 años o más comunicaron que no realizaban ninguna actividad física en su tiempo libre (CDC, 2013)
Vínculos de los enunciados operativos	Proporcionan una explicación de cómo están relacionadas las variables de medición; permiten la verificabilidad	Los cuestionarios cumplimentados por los participantes sobre la cantidad (horas) son prácticos, fáciles de administrar a grandes grupos y rentables. También son generalmente bien aceptados, suponen una carga relativamente escasa e interfieren poco en los hábitos habituales del individuo. Sin embargo, propician una sobre- o subestimación debido a un recuerdo impreciso, a la conveniencia social y a la mala interpretación (Falck et al., 2016)
Organización de los conceptos y definiciones en términos primitivos y derivados	Elimina la superposición (tautología)	Los adultos de edad avanzada estarían más sanos si hiciesen ejercicio
Organización de los enunciados y relaciones en premisas y en hipótesis y ecuaciones derivadas	Elimina la inconsistencia	Los adultos de edad avanzada realizan menos horas de ejercicio a la semana. Los adultos de edad avanzada tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud. Por tanto, una disminución del ejercicio aumenta el riesgo de sufrir problemas de salud

CDC, Centers for Disease Control and Prevention.

Conceptos y definiciones

Los conceptos, los bloques de desarrollo de teorías, clasifican los fenómenos de interés (Kaplan, 1964). Es fundamental que los conceptos se consideren dentro del sistema teórico en el que están integrados y de los que procede su significado, ya que los conceptos pueden tener significados diferentes en marcos conceptuales o

sistemas teóricos distintos. El progreso científico se basa en la revisión crítica y la evaluación del trabajo de un investigador por parte de la comunidad científica.

Los conceptos pueden ser abstractos o concretos. Los conceptos abstractos se desarrollan mentalmente independientemente de un momento o lugar específicos, mientras que los conceptos concretos se experimentan directamente y se relacionan con un momento o lugar concretos (Chinn y Kramer, 2015; Hage, 1972; Reynolds, 1971) (tabla 4.2).

Tabla 4.2

Conceptos: abstractos frente a concretos

Conceptos abstractos	Conceptos concretos
Transporte	Camilla, silla de ruedas, cama de hospital, ambulancia
Enfermedad vascular	Ictus, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica
Telemetría	Electrocardiograma, monitorización con Holter
Pérdida de relaciones	Divorcio, viudedad, suicidio
Competencias en enfermería	Cultural, acceso i.v., cálculo de fármacos

Camilla, silla de ruedas, cama de hospital y ambulancia son ejemplos de conceptos concretos del concepto abstracto de *transporte.* En un sistema teórico determinado, la definición, las características y el funcionamiento de una competencia enfermera aclaran instancias más específicas, como la competencia del profesional de enfermería en la administración de medicamentos.

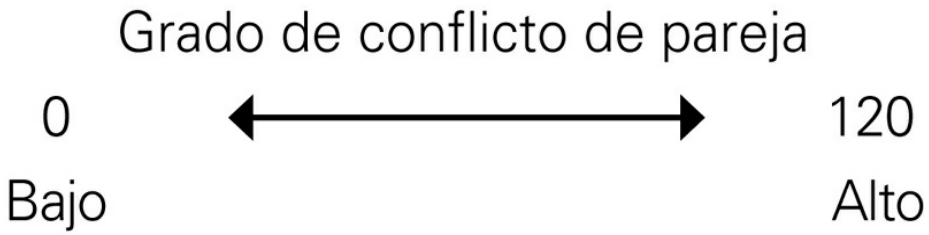
Las teorías pueden utilizarse como una serie de conceptos discretos invariables (y subconceptos) para desarrollar tipologías. Las tipologías son conjuntos sistemáticos de conceptos dentro de una categoría dada. Por ejemplo, una tipología del estado civil podría dividirse en los estados civiles en los cuales se clasifica una población como casada, divorciada, viuda o soltera. Estas categorías discretas podrían dividirse aún más para permitir la clasificación de otra variable en esta tipología. La tabla 4.3 muestra una tipología del estado civil y el sexo. Los participantes son de uno u otro sexo, porque no hay grados que los definan en esta categoría discreta. Siguiendo con este ejemplo, la tipología podría dividirse agregando el concepto discreto de los niños. Los participantes se clasificarían por sexo, estado civil y por tener o no tener hijos.

Tabla 4.3

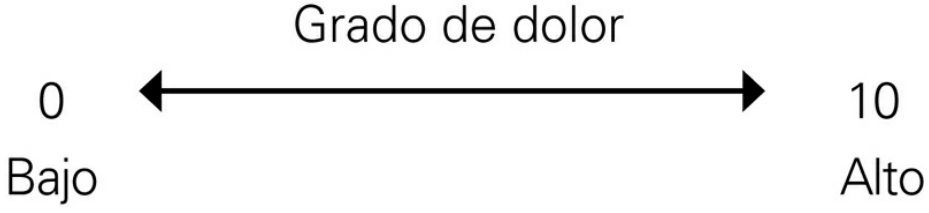
Tipología del estado civil y sexo

	Estado civil			
Participantes	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo
Hombre	15	75	23	6
Mujer	25	72	41	13
Total	40	147	64	19

Por otro lado, un **concepto continuo** permite la clasificación de dimensiones o escalas de un fenómeno, indicando el grado de conflicto matrimonial. Las parejas pueden clasificarse en función de un rango que representa el grado de conflicto matrimonial en su relación desde el más bajo al más alto.



Otros conceptos continuos que pueden usarse para clasificar a las parejas pueden incluir el grado de comunicación, el número de actividades compartidas o el número de hijos. Ejemplos de conceptos continuos utilizados para clasificar a los pacientes son los grados de temperatura, el nivel de ansiedad o la edad. Otro ejemplo es cómo las enfermeras conceptualizan el dolor como un concepto continuo cuando les piden a los pacientes que califiquen su dolor en una escala de 0 a 10 para comprender mejor su umbral de dolor o experiencia dolorosa.



Así, el desarrollo de los conceptos permite la descripción y clasificación de fenómenos (Hage, 1972). La identificación de un concepto marca los límites para la selección de fenómenos que deben observarse y el razonamiento sobre los fenómenos de interés. Los nuevos conceptos pueden centrar su atención en los nuevos fenómenos o facilitar el pensamiento sobre fenómenos de una manera diferente (Hage, 1972). El análisis del concepto continúa creciendo, con muchos ejemplos en la bibliografía sobre enfermería. Consulte la tabla 4.4 para ver la bibliografía sobre los análisis realizados utilizando diferentes enfoques.

Tabla 4.4

Análisis de los conceptos publicados usando los enfoques de Walker y Avant (2011)

Ejemplos seleccionados del análisis de conceptos	Autor(es)
Cuidado espiritual en enfermería	Ramezani et al. (2014)
Calidad de vida en edad avanzada	Boggatz (2016)
Musicoterapia	Murrock y Bekhet (2016)
Imagen corporal	Rhoten (2016)
Embarazo oculto	Murphy, Tighe y Lalor (2016)

El análisis del concepto es un paso inicial importante en el proceso de desarrollo de teorías para crear una definición conceptual. Es fundamental que los conceptos estén claramente definidos dentro del modelo o marco conceptual para reducir la ambigüedad del concepto o conjunto de conceptos determinados. Para eliminar las diferencias percibidas en su significado, son necesarias definiciones explícitas. A medida que se desarrolla la teoría, las definiciones teóricas y operativas proporcionan el significado del concepto y la base para los indicadores empíricos del teórico. Las teorías se evalúan en el mundo real; por tanto, los conceptos deben vincularse con definiciones operativas que relacionen los conceptos con fenómenos observables que especifiquen indicadores empíricos. La tabla 4.5 proporciona ejemplos de conceptos con sus definiciones teóricas y operativas. Estos vínculos son vitales para la lógica de la teoría, su observación y su medición.

Tabla 4.5

Ejemplos de definiciones teóricas y operativas

Concepto	Definición teórica	Definición operativa
Temperatura corporal	Rango homeotérmico del propio entorno interno mantenido por el sistema de termorregulación del cuerpo humano	Grados de temperatura medidos mediante termómetro oral tomados durante 1 min debajo de la lengua
Calidad de vida	Estado subjetivo caracterizado por los atributos de satisfacción con la vida y equilibrio emocional	Escala de satisfacción con la vida de Diener (Diener y Lucas, 1999). Esta escala mide el componente crítico del bienestar subjetivo
Espiritualidad en el lugar de trabajo	Expresiones espirituales en el trabajo	Escala de experiencias espirituales diarias (Underwood y Teresi, 2002). Esta escala está pensada para medir la percepción de una persona de lo transcendente (Dios, lo divino) en su vida diaria y su percepción de su interacción con lo transcendente de la vida o la implicación de ello

Enunciados relacionados

Los enunciados en una teoría pueden expresar definiciones o relaciones entre conceptos. Mientras que las definiciones proporcionan descripciones del concepto, los enunciados relacionados proponen relaciones entre dos o más conceptos. Los conceptos deben estar conectados entre sí en una serie de enunciados teóricos para idear una teoría de enfermería.

En las conexiones entre variables puede proponerse una variable para influir en una segunda. En este caso, la primera variable puede considerarse como la variable antecedente o determinada (independiente), y la segunda, como la variable consecuente o resultante (dependiente) (Giere, 1997). Un ejemplo de una variable antecedente y de una consecuente se explica con el concepto de *bien* en adultos de edad avanzada, donde los antecedentes se identificaban a medida que se conectaban con las demás, imaginando oportunidades, reconociendo las fortalezas y buscando su significado. Las consecuencias identificadas fueron vivir los valores y estar bien. Estos antecedentes (condición previa) y consecuencias (resultado) se desarrollaron a partir de la bibliografía científica (McMahon y Fleury, 2012).

Los fundamentos teóricos son una condición necesaria o suficiente, o ambas. Estas definiciones de condición necesaria o suficiente caracterizan las condiciones que ayudan a explicar la

naturaleza de la relación entre dos variables en los enunciados teóricos. Por ejemplo, un enunciado relacionado expresado como una condición suficiente podría ser: si los profesionales de enfermería reaccionan con la aceptación de las conductas de autocuidado de los pacientes, aumentarán los esfuerzos por las actividades de autocuidado del paciente. Este es un tipo de enunciado compuesto que vincula las variables antecedente y consecuente. El enunciado no asevera la verdad del antecedente. Más bien, el fundamento hace que, si el antecedente es verdadero, entonces el consecuente es verdadero (Giere, 1979).

Una condición suficiente significa que una variable genera que ocurra otra variable. No afirma que sea la única variable que pueda dar lugar a la aparición de la otra variable. Este enunciado afirma que la aceptación del profesional de enfermería de las conductas de autocuidado de un paciente es suficiente para que se produzcan las actividades de autocuidado del paciente. Sin embargo, no se descarta que el paciente asuma actividades de autocuidado debido a otros factores, como su estado de salud y las variables relacionadas de su personalidad. Puede haber otras condiciones antecedentes suficientes para que el paciente asuma las actividades de autocuidado.

Un enunciado en forma de una condición necesaria afirma que se requiere una variable para la aparición de otra variable. Por ejemplo: si los pacientes están motivados para estar bien (motivación por el bienestar), entonces se adherirán al régimen terapéutico prescrito.

Esto significa que la adherencia a un régimen terapéutico nunca ocurrirá a menos que exista una motivación de bienestar. No se afirma que la adherencia de los pacientes al régimen terapéutico se deba a su motivación por el bienestar. Sin embargo, se afirma que, si no existe una motivación por la salud, los pacientes no asumirán una adherencia estricta a sus regímenes terapéuticos. La motivación por el bienestar es una condición necesaria, pero no suficiente, para la aparición de esta consecuente.

El término *si* generalmente se usa para introducir una condición suficiente, mientras que *solo si* y *si… entonces* se utilizan para introducir las condiciones necesarias (Giere, 1979). Por lo general, los enunciados condicionados no son necesarios ni suficientes. Sin

embargo, es posible que un enunciado exprese ambas condiciones. En estos casos, la expresión *si y solo si* se utiliza para insinuar que las condiciones son necesarias y suficientes entre sí. En este caso: 1) el consecuente nunca ocurre en ausencia del antecedente, y 2) el consecuente siempre ocurre cuando ocurre el antecedente (Giere, 1979). Debe tenerse en cuenta que no todos los enunciados condicionados son causales. Por ejemplo, «si este mes es noviembre, entonces el próximo mes será diciembre» no afirma que noviembre cause diciembre; más bien, la secuencia de meses indica que diciembre sigue a noviembre (Dubin, 1978; Giere, 1979).

Un ejemplo es un estudio llevado a cabo sobre el efecto de la participación en un programa de bienestar basado en incentivos sobre la realización de ejercicio. El fundamento teórico fue que la motivación del bienestar promovería conductas saludables. Cuando las personas eran motivadas con un incentivo de 20 dólares mensuales, los participantes hacían aproximadamente un 50% más de ejercicio a la semana que los no participantes. Ofreciendo una motivación para hacer ejercicio en un gimnasio, aumentó la actividad física (Crespin, Abraham y Rothman, 2016).

Vínculos y organización

La descripción de los vínculos es una parte importante del desarrollo de teorías. Aunque los enunciados teóricos aseveran conexiones entre conceptos, la justificación de las conexiones establecidas debe desarrollarse y presentarse claramente. El desarrollo de los vínculos teóricos proporciona una explicación de por qué las variables están conectadas de cierta manera; esto es, la razón teórica para determinadas relaciones. Los vínculos operativos contribuyen a comprobar la teoría al especificar cómo se conectan las variables de mediciones. Las definiciones operativas describen la cuantificación de los conceptos, y los vínculos operativos proporcionan la capacidad de comprobar los fundamentos. Son los vínculos operativos los que contribuyen a dar una perspectiva para comprender la naturaleza de la relación entre los conceptos, para saber si la relación entre los conceptos es negativa o positiva, lineal o curvilínea. Una teoría puede considerarse bastante completa si identifica su marco conceptual y presenta los conceptos,

definiciones, enunciados relacionados y vínculos. Sin embargo, el desarrollo completo de una teoría requiere organizar los conceptos, definiciones, enunciados relacionados y vínculos en premisas e hipótesis (Hage, 1972).

En el estudio señalado previamente de Crespin, Abraham y Rothman (2016), la justificación de la conexión establecida sobre la motivación para promover conductas saludables se basó en una investigación previa. La RAND CORPORATION encontró que el 35% de las empresas con 50 o más empleados alentaban la participación en el ejercicio con incentivos financieros con el fin de promover conductas saludables (Mattke et al., 2013). Los vínculos operativos utilizados fueron dos medidas de ejercicio comunicadas por los participaban en el estudio frente a los que no participaban. Midieron el ejercicio intenso realizado preguntando cuántos días a la semana el participante hacía 20 min o más de ejercicio intenso, como correr, hacer aeróbic o utilizar máquinas de entrenamiento (simuladores de subir escaleras/ esquiar/remar). La definición operativa de ejercicio fue el número de días de ejercicio que comunicaron los participantes. En este estudio existió una relación positiva entre los conceptos de motivación y ejercicio. Su hipótesis era que, si a los individuos se les daba una motivación financiera, entonces harían más ejercicio.

Reynolds (1971) concluyó que el enfoque del conjunto de norma proporciona la clasificación de fenómenos o la predicción de las relaciones entre las variables seleccionadas, pero no conduce a una mayor comprensión o avance científico, ya que se basa en lo que ya se conoce. Finalmente, Reynolds (1971) señala que cada enunciado o norma se considera independiente, porque los diversos enunciados no han sido interrelacionados dentro de un sistema de descripción y explicación ni han evolucionado a partir de un modelo o marco conceptual organizado. Por tanto, cada enunciado debe ser verificado –ya que los enunciados no están interrelacionados, un enunciado no apoya otro enunciado–. Este conjunto de normas puede ser útil para comenzar el desarrollo de teorías; sin embargo, los esfuerzos de investigación deben ser más extensos. La tabla 4.6 describe los principios del desarrollo de teorías: leyes, hipótesis y teoría.

Tabla 4.6

Principios del desarrollo de teorías

Principio	Definición	Prueba
Leyes científicas	Un enunciado de hecho significa describir una acción o un conjunto de acciones simples, verdaderas, universales y absolutas	Simple, verdadera, universal y absoluta
Hipótesis	Una conjetura formal basada en la observación	No ha sido probada
Teoría	Una o más hipótesis que explican un conjunto de observaciones o acontecimientos relacionados y han sido verificadas varias veces	Aceptadas como verdaderas y comprobadas

La **organización** de una teoría es un sistema lógico interrelacionado. Específicamente, una teoría consiste en un conjunto de definiciones explícitas, de enunciados de existencia y de enunciados relacionados ordenados jerárquicamente (Reynolds, 1971). Los conceptos pueden incluir conceptos abstractos, intermedios y concretos. El conjunto de enunciados de existencia describe situaciones en las que se aplica la teoría. Los enunciados que marcan los límites describen el alcance de la teoría (Dubin, 1978; Hage, 1972; Reynolds, 1971). Los enunciados relacionados consisten en axiomas y proposiciones. Los enunciados teóricos abstractos o axiomas encabezan la jerarquía de los enunciados relacionados. Las otras proposiciones se desarrollan a través de la deducción lógica de los axiomas o de los hallazgos del estudio de la bibliografía científica (tabla 4.7). Esto da lugar en un sistema explicativo muy interrelacionado.

Tabla 4.7

Desarrollo de teorías en el método científico

Pasos	Ejemplo
Observación: empiece con una observación que evoque una pregunta	La movilización precoz de los pacientes de la UCI parece mejorar los resultados de dichos pacientes
Hipótesis lógica: usando la lógica abductiva, inductiva o deductiva, establezca una posible respuesta (hipótesis)	Los pacientes que son sometidos a una movilización precoz en la UCI estarán menos días ingresados en ella
Prueba: realice un experimento o prueba	Mida la duración media de la estancia de los pacientes en la UCI que son sometidos a una movilización precoz y compare la duración de su estancia con la de los que no son sometidos a dicha movilización precoz
Difusión: publique sus	Perme, C., & Chandrashekar, R. (2009). Early mobility and

hallazgos para la disciplina	walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. *American Journal of Critical Care, 18*(3):212–221
Replicación: otros científicos leerán su trabajo publicado e intentarán repetirlo (verificación)	Hodgson, C. L., Bailey, M., Bellomo, R. et al. (2016). The trial of early activity and mobilization study investigators: A binational multicenter pilot feasibility randomized controlled trial of early goal-directed mobilization in ICU. *Critical Care Medicine,44*(6),1145–1152
Teoría: si los experimentos de otros investigadores respaldan su hipótesis, se convertirá en una teoría	La movilización precoz, que comprende la realización precoz de ejercicios activos durante la ventilación mecánica, disminuye la duración de la estancia

UCI, unidad de cuidados intensivos.

La característica distintiva de la forma de **proceso causal** del desarrollo de teorías son los enunciados teóricos que describen los mecanismos causales entre variables independientes y dependientes. Por tanto, los enunciados son, en cierto modo, intentos de predicción. Esta forma de organización teórica consiste en un conjunto de conceptos, de definiciones, de enunciados de existencia y de enunciados teóricos que describen un proceso causal (Reynolds, 1971). Los enunciados causales describen los efectos hipotéticos de una variable sobre una o más variables para probarlas. En los procesos causales complejos se realizan hipótesis de los bucles de retroalimentación y las vías de influencia a través de varias variables de un conjunto de enunciados causales interrelacionados (Mullins, 1971; Nowak, 1975). Reynolds (1971) concluye que la forma del proceso causal de la teoría permite dar una explicación del proceso de cómo suceden los acontecimientos. Esta es una forma muy avanzada del desarrollo de teorías, que se construye de forma sucesiva con los resultados de investigaciones previas en el área de investigación de los investigadores, y da lugar a una mayor evolución de la teoría y su evaluación a lo largo del tiempo. Un ejemplo es una teoría de nivel medio desarrollada por Dobratz (2016) usando el modelo de adaptación de Roy para la teoría de la espiritualidad adaptativa. El trabajo de Dobratz se basó en 21 estudios empíricos que investigaron la religión/espiritualidad. El trabajo comprende seis enunciados teóricos, una definición conceptual de espiritualidad adaptativa y tres hipótesis para su evaluación posterior. La tabla 4.8 resume una teoría de nivel medio de la espiritualidad adaptativa.

Tabla 4.8

Teoría de nivel medio de la espiritualidad adaptativa

Enunciados teóricos	1. La espiritualidad influyó en el afrontamiento de apoyo para las personas que realizan funciones de cuidador relacionadas con la enfermedad terminal y la demencia 2. La espiritualidad mejoró el ajuste psicológico y el bienestar, y mejoró la calidad de vida de las personas que padecieron un cáncer o enfermedades crónicas y estaban al final de su vida 3. La espiritualidad mejoró la propia imagen y redujo la depresión en individuos más jóvenes que se estaban adaptando a un trauma y superando el consumo de sustancias 4. La espiritualidad proporcionó apoyo al personal de enfermería en su trabajo y fue de ayuda en momentos de conflicto moral 5. La espiritualidad ayudó a las poblaciones afroamericanas y latinoamericanas a afrontar los desafíos de las enfermedades y las transiciones vitales 6. La espiritualidad puede ser difícil de expresar en adultos de edad avanzada que padecen enfermedades crónicas
Definición conceptual	1. La espiritualidad adaptiva es la integración de las creencias y valores propios, las prácticas religiosas y los valores culturales en la adaptación a la enfermedad física, la pérdida y las transiciones vitales
Hipótesis	1. La espiritualidad tiene un efecto positivo en el ajuste psicológico, el bienestar, el afrontamiento de apoyo y la calidad de vida 2. La espiritualidad tiene un efecto positivo en el afrontamiento de los cuidadores 3. La espiritualidad está inversamente relacionada con la depresión y el TEPT

Modificado de Dobratz, M. C. (2016). Building a middle-range theory of adaptive spirituality. *Nursing Science Quarterly*, *29*(2), 146–153.

TEPT, trastorno por estrés postraumático.

La teoría de nivel medio fue descrita muy precozmente en la literatura de enfermería por un sociólogo (Merton, 1967). Propuso que se centraba en fenómenos específicos (en lugar de intentar abordar un rango más amplio de fenómenos), e incluyó hipótesis con dos o más conceptos que estaban unidos entre sí en un sistema conceptual. Hoy en día, en la bibliografía sobre enfermería, muchas teorías de nivel medio se desarrollan cualitativamente a partir de observaciones prácticas y entrevistas, y cuantitativamente de modelos o teorías conceptuales de enfermería. La teoría de nivel medio es pragmática en el nivel de la práctica y contiene aspectos específicos sobre la situación práctica como sigue:

- La situación o condición de salud implicada.
- Población del cliente o grupo de edad.
- Ubicación o área de la práctica (como una comunidad).
- Actuación del profesional de enfermería o la intervención.

Son estos detalles los que hacen que la teoría de nivel medio sea aplicable a la práctica de la enfermería (Alligood, 2014). Por tanto, el

desarrollo de la teoría de nivel medio facilita la concepción de las relaciones entre la teoría, la práctica de la enfermería y los resultados de los pacientes en áreas concretas.

En 1996, Lenz (en Liehr y Smith, 1999) identificó los siguientes seis enfoques para idear teorías de nivel medio:

1. Enfoque inductivo a través de la investigación.
2. Enfoque deductivo derivado de las grandes teorías de enfermería.
3. Integración de teorías de enfermería y de otras que no son de enfermería.
4. Enfoque derivativo (retroductivo) de las teorías que no son de enfermería.
5. Teorías elaboradas a partir de directrices para la práctica clínica.
6. Enfoque de resumen de los hallazgos de la investigación.

La bibliografía sobre enfermería está llena de una variedad de diferentes enfoques para la construcción y el desarrollo de teorías de nivel medio. La bibliografía reciente de enfermería enfatiza la importancia de relacionar teorías de nivel medio con teorías de enfermería y modelos conceptuales más amplios, y continuar con la evaluación empírica y la replicación de estudios para avanzar en el conocimiento enfermero (McCrae, 2012).

Cuestiones actuales en el desarrollo de teorías en enfermería

Límites y niveles teóricos para avanzar en la ciencia de la enfermería

Desde la propuesta original de Fawcett (1984) de los cuatro conceptos metaparadigmáticos –persona, entorno, salud y enfermería–, un acuerdo general ha surgido entre los investigadores de enfermería, de modo que el marco propuesto se usa ahora sin referencia al autor para el desarrollo de la ciencia de la enfermería. En general, un metaparadigma debería especificar los límites

generales del fenómeno de preocupación en una disciplina, por ejemplo, para diferenciar la enfermería de otras disciplinas, como la medicina, la fisioterapia o la sociología. Fawcett (2005) propuso que el metaparadigma define la totalidad de los fenómenos inherentes a la disciplina de una forma parsimoniosa, además de ser neutral en perspectiva e internacional en acción. Su definición de *perspectiva neutral* es que los conceptos metaparadigmáticos reflejan la enfermería, pero no cualquier modelo o paradigma conceptual de enfermería en concreto. Este criterio se demuestra claramente en la forma en que los modelos y paradigmas de enfermería comprenden conceptos metaparadigmáticos, pero definen cada uno de manera distinta. Esto respalda su naturaleza genérica como amplios conceptos metaparadigmáticos, pero siendo específicos en cada teoría conceptual o paradigma. Es importante comprender el significado de la referencia de Fawcett. Debido a que el metaparadigma es el nivel filosófico más elevado en la estructura del conocimiento, los modelos y las teorías definen los términos específicamente dentro de cada uno de sus trabajos, y se anticipan diferencias entre ellos. En la disciplina enfermera, el enfoque previo sobre el desarrollo de teorías ha evolucionado a enfatizar el uso de la teoría, con el desarrollo y el uso de teorías de nivel medio enfocadas a la práctica.

Teoría, práctica e investigación en enfermería

La investigación sobre la evaluación de teorías puede hacer que una teoría de enfermería deje de lado a medida que se desarrolla una nueva teoría que explica los fenómenos de enfermería de manera más adecuada. Por tanto, es fundamental que la investigación de la evaluación de teorías continúe avanzando en la disciplina. Los investigadores de enfermería han presentado criterios para valorar la investigación de la evaluación de teorías en enfermería (Acton, Irvin y Hopkins, 1991; Silva, 1986). Estos criterios enfatizan la importancia de utilizar un marco de enfermería para diseñar el propósito y el objetivo del estudio, establecer la hipótesis y relacionar la importancia de los hallazgos con la enfermería. Además de la demanda de una investigación más rigurosa de la

evaluación de teorías en enfermería, los investigadores y enfermeras en la práctica clínica exigen una mayor atención a las relaciones entre la teoría, la investigación y la práctica. Sus recomendaciones comprenden lo siguiente:

- Desarrollo continuo de importantes teorías de enfermería para la práctica especializada de la enfermería.
- Mayor colaboración entre científicos y enfermeras en la práctica clínica (Lorentzon, 1998).
- Alentar a los investigadores de enfermería a comunicar los hallazgos de su investigación a las enfermeras de la práctica clínica.
- Mayores esfuerzos para relacionar las teorías de nivel medio con los paradigmas de la enfermería.
- Mayor énfasis en la investigación clínica.
- Mayor uso de las teorías de enfermería para la práctica basada en la teoría y la toma de decisiones clínicas.

(Véanse Chinn y Kramer, 2015; Cody, 1999; Hoffman y Bertus, 1991; Liehr y Smith, 1999; Lutz, Jones y Kendall, 1997; Reed, 2000; Sparacino, 1991.)

En la formación en enfermería, algunos programas usan una teoría de enfermería específica para dirigir sus programas de estudios en Enfermería, mientras que otros utilizan el marco de los cuatro conceptos metaparadigmáticos (persona, salud, enfermería y entorno). Yancey (2015) y otros han instado a que se preste más atención a la investigación basada en la teoría de enfermería y a fortalecer los programas de estudio basados en la teoría de la enfermería en los programas de graduación, máster y doctorado.

Resumen

En resumen, los actuales investigadores de enfermería están enfatizando lo siguiente en los procesos de construcción de la teoría:

- Desarrollo continuo de la investigación teórica en enfermería.
- Investigación continua en teorías de nivel medio y teorías específicas de la situación, incluidos esfuerzos por relacionarse

con teorías y paradigmas de enfermería.
- Mayor atención en resumir los conocimientos de enfermería.
- Desarrollo de sólidos vínculos entre teoría, investigación y práctica enfermera.

La disciplina enfermera ha evolucionado hasta comprender las relaciones entre la teoría, la práctica y la investigación, y ya no las separa en categorías distintas. Más bien, sus interrelaciones complementarias fomentan el desarrollo de un nuevo entendimiento sobre la práctica a medida que la teoría se usa para dirigir la práctica y las innovaciones prácticas impulsan una nueva teoría de nivel medio. De forma similar, los científicos de enfermería han llegado a una nueva comprensión de la relación de la teoría con la investigación, ya que las publicaciones de estudios cuantitativos engloban descripciones explícitas de sus marcos, y los investigadores cualitativos interpretan sus hallazgos en el contexto de los marcos de enfermería. La naturaleza complementaria de estas relaciones está fomentando el crecimiento de la ciencia de la enfermería en esta era de utilización de la teoría. Por tanto, el énfasis en la teoría es importante, porque el desarrollo de esta en la enfermería es un componente esencial en la investigación de enfermería para avanzar en el conocimiento de la disciplina (McCrae, 2012).

Actividades de pensamiento crítico

1. Examine una fotografía de la Zwerdling Postcard Collection: imágenes de la enfermería, localizada en la National Library of Medicine estadounidense, https://www.nlm.nih.gov/exhibition/picturesofnursing/. Mire la fotografía 1 min y pregúntese: «¿Qué veo?». Haga una lista. Vuelva a mirar la foto por segunda vez y pregúntese si esta lista es precisa. Luego, hágase la pregunta que le viene a la mente al mirar la imagen. ¿Qué falta en la fotografía? ¿Qué falta en esta situación? ¿Cómo se produjo la situación de la fotografía y por qué? Cada tipo de pregunta conducirá a diferentes tipos de pensamiento.
2. Traslade el pensamiento de dualista a contextual con este

ejercicio. Use analógicamente un edificio. Tome un trozo de papel y dibuje un edificio. En la base del edificio, escriba el *paradigma.* Etiquete los muros con *modelos conceptuales.* Los modelos conceptuales son la estructura respaldada por el paradigma fundacional. Luego coloree las paredes interiores de dentro del edificio y marque esta *teoría.* Las teorías son similares a la configuración de la pared interior. Algunas configuraciones tienen un propósito claro y otras no. Todos los muros interiores están unidos por muros exteriores (modelos conceptuales) y sujetos por la base (paradigma). Dibuje el interior de una habitación con toda su decoración. Los conceptos únicos de las teorías son similares a los aspectos únicos de la decoración. La decoración es observable, al igual que los conceptos de un modelo conceptual.

3. Identifique un concepto que haya leído y observado en la práctica de enfermería. Escriba una definición teórica y una definición operativa (sugerencia: para la definición operativa necesitará encontrar una forma de medir el concepto elegido).

(Tomado de Hanna, D. R. [2011]. Teaching theoretical thinking for a sense of salience. *Journal of Nursing Education, 50*[8], 479–482).

Referencias para ampliar conocimientos

- Webber, P. B. (2008). Yes, Virginia, nursing does have laws. *Nurse Science Quarterly, 21*(1), 68–73.
- Citas bibliográficas clásicas:
    - Dubin, R. (1978). *Theory building.* New York: Free Press.
    - Hage, J. (1972). *Techniques and problems of theory construction in sociology.* New York, Wiley.
    - Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science.* New York: Chandler.
    - Mullins, N. (1971). *The art of theory: Construction and use.* New York: Harper & Row.
    - Wilson, J. (1969). *Thinking with concepts.* Cambridge:

Bibliografía

Acton G, Irvin B, Hopkins B. Theory-testing research: Building the science. *Advances in Nursing Science*. 1991;14(1):52–61.

Alligood MR. Areas for further development of theory-based nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Elsevier; 2014:413–424.

Boggatz T. Quality of life in old age—a concept analysis. *International Journal of Older People Nursing*. 2016;11(1):1748–3743.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *The state of aging and health in America 2013*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.

Chinn P, Kramer M. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 9th ed. St Louis: Mosby; 2015.

Cody W. Middle range theories: Do they foster the development of nursing science? *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(1):9–14.

Crespin DJ, Abraham JM, Rothman AJ. The effect of participation in an incentive-based wellness program on self-reported exercise. *Preventive Medicine*. 2016;82:92–98.

Diener E, Lucas RE. Personality and subjective well-being. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, eds. *Well-being: The foundations of a hedonic psychology*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1999:213–229.

Dobratz MC. Building a middle-range theory of adaptive spirituality. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29(2):146–153.

Dubin R. *Theory building*. New York: Free Press; 1978.

Falck RS, Mcdonald SM, Beets MW, Brazendale K, Liu-Ambrose T. Measurement of physical activity in older adult interventions: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*. 2015;50(8):464–470.

Fawcett J. The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1984;16(3):84–87.

Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2005.

Giere RN. *Understanding scientific reasoning*. New York: Holt, Rhinehart, & Winston; 1979.

Giere RN. *Understanding scientific reasoning*. 4th ed. Fort Worth, TX: Harcourt; 1997.

Hage J. *Techniques and problems of theory construction in sociology*. New York: John Wiley & Sons; 1972.

Hanna DR. Teaching theoretical thinking for a sense of salience. *Journal of Nursing Education*. 2011;50(8):479–482.

Hoffman A, Bertus P. Theory and practice: Bridging scientists' and practitioners' roles. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1991;7(1):2–9.

Hodgson CL, Bailey M, Bellomo R, The Trial of Early Activity and Mobilization Study Investigators et al. A binational multicenter pilot feasibility randomized controlled trial of early goal-directed mobilization in ICU. *Critical Care Medicine*. 2016;44(6):1145–1152.

Kaplan A. *The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science*. New York: Chandler; 1964.

Lenz E. Middle range theory—Role in research and practice. In: *Proceedings of the Sixth Rosemary Ellis Scholar's Retreat Nursing Science Implications for the 21st Century*; 1996 Cleveland, OH, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.

Liehr P, Smith MJ. Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *Advances in Nursing Science*. 1999;21(4):8–91.

Lorentzon M. The way forward: Nursing research or collaborative health care research? *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27:675–676.

Lutz K, Jones K, Kendall J. Expanding the praxis debate: Contributions to clinical inquiry. *Advances in Nursing Science*. 1997;20(2):13–22.

Mattke, S., Liu, H., & Caloyeras, J.P., et al. (2013). Workplace Wellness Programs Study Final Report, Rand Health, Santa Monica, CA. Retrieved from http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR200/RF

McCrae N. Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(1):222–229.

McMahon S, Fleury J. Wellness in older adults: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2012;47(1):39–51.

Merton RK. *On theoretical sociology*. New York: Free Press; 1967.

Mullins N. *The art of theory: Construction and use*. New York: Harper & Row; 1971.

Murphy Tighe S, Lalor JG. Concealed pregnancy: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(1):1365–2648.

Murrock CJ, Bekhet AK. Concept analysis: Music therapy. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2016;30(1):44–59.

Nowak S. Causal interpretations of statistical relationships in social research. In: Blalock H, ed. *Quantitative sociology: International perspectives on mathematical and statistical modeling*. New York: Academic Press;

1975:79–132.

Perme C, Chandrashekar R. Early mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. *American Journal of Critical Care*. 2009;18(3):212–221.

Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*. 2014;61(2):211–219.

Reed P. Nursing reformation: Historical reflections and philosophic foundations. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(2):129–136.

Reynolds P. *A primer in theory construction*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill; 1971.

Rhoten BA. Body image disturbance in adults treated for cancer—a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(5):1001–1011.

Silva M. Research testing nursing theory: State of the art. *Advances in Nursing Science*. 1986;9(10):1–11.

Sparacino P. The reciprocal relationship between practice and theory. *Clinical Nurse Specialist*. 1991;5(3):138.

Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002;24(1):22–33.

Walker L, Avant K. *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2011.

Wilson J. *Thinking with concepts*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1969.

Yancey NR. Why teach nursing theory? *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(4):274–278.

5

Estructura y análisis del conocimiento especializado en enfermería

Martha Raile Alligood

«El arte de la enfermería es el uso creativo de la ciencia de enfermería para la mejora humana.»

(Rogers, 1990, pág. 5)

Como se presentó en el capítulo 1, el desarrollo del conjunto de conocimientos especializados necesarios para que la enfermería fuese reconocida como una profesión constituyó su fuerza impulsora en el siglo XX. Debido a la importancia de los profesionales enfermeros para la salud del país, los estudios de Enfermería fueron legislados a principios de siglo y llevados a cabo por sociólogos que recomendaron que la enfermería se desarrollase como una profesión. Los criterios para una profesión proporcionaron las directrices de este proceso (Bixler y Bixler, 1959; Kalisch y Kalisch, 2003). El criterio que exigía un conocimiento especializado en enfermería y una estructura de conocimiento fue una fuerza impulsora especialmente importante en el

reconocimiento de la profesión de enfermería (Bixler y Bixler, 1959). El criterio afirma: «Utiliza en su práctica un conjunto bien definido y organizado de conocimientos especializados que están en el nivel intelectual del aprendizaje superior» (pág. 1143).

Este capítulo presenta la estructura y el análisis del conocimiento especializado en enfermería para explicar la organización del libro, en concreto, la estructura del conocimiento que se utilizó para organizar las unidades del libro y definir los criterios de análisis utilizados en el proceso de revisión de los trabajos teóricos de cada capítulo.

Una estructura del conocimiento en enfermería

Los trabajos teóricos presentados en los capítulos 6 a 36 son los marcos de la enfermería que han sido organizados en diferentes tipos. El cuadro 5.1 enumera los teóricos que han sido seleccionados para cada tipo. La identificación de los trabajos seleccionados dentro de cada uno de los tipos es arbitraria en el mejor de los casos. Se ha hecho un esfuerzo por reflejar el nivel de abstracción para cada tipo o preferencia del teórico. Los tipos de conocimiento, niveles y ejemplos de cada uno dentro de la estructura se muestran en la tabla 5.1 y se exponen a continuación.

Cuadro 5.1 Tipos de trabajos teóricos de enfermería

Filosofías en enfermería

Nightingale
Watson
Ray
Benner
Martinsen
Eriksson

Modelos conceptuales en enfermería

Levine
Rogers
Orem
King
Neuman
Roy
Johnson

Teorías y grandes teorías en enfermería

Boykin y Schoenhofer
Meleis
Pender
Leininger
Newman
Parse
Erickson, Tomlin y Swain
Husted y Husted

Teorías de nivel medio en enfermería

Mercer
Mishel
Reed
Wiener y Dodd
Eakes, Burke y Hainsworth
Barker
Kolcaba
Beck
Swanson
Ruland y Moore

Tabla 5.1

Niveles de la estructura del conocimiento con ejemplos seleccionados para su demostración

Nivel de estructura	Ejemplos

Metaparadigma	Seres humanos, entorno, salud y enfermería
Filosofía	Filosofía de Nightingale
Modelos conceptuales	Modelo de sistemas de Neuman
Gran teoría	Estabilidad óptima del cliente de Neuman
Teoría	Línea flexible de moderada defensa de la estabilidad óptima del cliente
Teoría de nivel medio	Mantener la estabilidad óptima del cliente con una actividad estructurada (recuperación corporal) en un entorno comunitario para un envejecimiento saludable

Modificado de Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed.). St Louis: Mosby; Fawcett, J., & DeSanto Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

El primer tipo es el nivel metaparadigmático, que comprende los amplios límites conceptuales del conocimiento de enfermería, los seres humanos, la salud, la enfermería y el entorno (Fawcett, 1984, 2000; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013).

El siguiente tipo es la filosofía de la enfermería. La filosofía es un tipo abstracto que establece el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y la presentación lógica. Los primeros trabajos anteriores a la era de la teoría de la enfermería, como los de Nightingale (1859/1969), contribuyeron al desarrollo del conocimiento proporcionando una directriz o una base para los posteriores desarrollos. Más tarde, los trabajos reflejan métodos y enfoques científicos contemporáneos (Alligood, 2014b; Chinn y Kramer, 2015; Meleis, 2012). Los trabajos seleccionados para la clasificación de la filosofía en enfermería se presentan en la unidad II, en los capítulos 6 a 11.

El siguiente tipo, modelos conceptuales de enfermería, comprende los trabajos de enfermería de teóricos a los que algunos consideraron como pioneros en enfermería (Chinn y Kramer, 2015; Meleis, 2012). Los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que abordan los fenómenos centrales de la enfermería en proposiciones que explican las relaciones entre ellos (Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Los modelos de enfermería son exhaustivos, y cada uno aborda los conceptos metaparadigmáticos de persona, entorno, salud y enfermería (Fawcett, 1984, 2000; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Los modelos conceptuales de enfermería están constituidos por teorías explícitas derivadas de ellos por parte de los teóricos u otros expertos en enfermería, y teorías implícitas que todavía no han sido desarrolladas

(Alligood, 2014a; Wood, 2014). Los trabajos clasificados como modelos de enfermería se exponen en la unidad III, en los capítulos 12 a 18. Los teóricos que desarrollaron los modelos conceptuales de enfermería a menudo propusieron una gran teoría de su modelo.

El nivel de la gran teoría deriva del modelo conceptual y propone una teoría abstracta comprobable. Estas teorías tienen la capacidad de amenazar la solvencia del modelo conceptual del que se derivan, porque ponen a prueba la premisa principal del modelo conceptual. Ejemplos de este nivel de gran teoría son la teoría de Roy de la persona como un sistema adaptativo, la teoría de King del logro de metas y la teoría de Neuman de la estabilidad óptima del cliente (Alligood, 2014b). Curiosamente, cada una de estas grandes teorías ha sido y continúa siendo apoyada.

El tipo de la teoría en enfermería comprende trabajos derivados de filosofías de enfermería, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías abstractas de enfermería o trabajos de otras disciplinas (Alligood, 2014b; Wood, 2014). Un trabajo tipificado como una teoría de la enfermería se desarrolla a partir de un marco conceptual o una gran teoría y, generalmente, no es tan específico como una teoría de nivel medio. Aunque algunos usan los términos *modelo* y *teoría* indistintamente, las teorías proponen una acción evaluable (Alligood 2014a, 2014b; Wood, 2014). Un ejemplo de una gran teoría derivada de un modelo de enfermería está presente en el trabajo de Roy (v. capítulo 17), que se basa en la persona como un sistema adaptativo basado en su modelo de adaptación. El nivel abstracto de la gran teoría en este ejemplo facilita la aplicación de teorías y de teorías de nivel medio concretas para la práctica enfermera (Alligood 2014a, 2014b). Las teorías pueden ser específicas de un aspecto o entorno en concreto de la práctica de la enfermería. Otro ejemplo es la teoría de Meleis de la transición (v. capítulo 20), que es específica de los cambios en el proceso de vida de una persona en la salud y en la enfermedad. Las teorías de enfermería se presentan en la unidad IV, en los capítulos 19 a 26.

El último tipo, la teoría de nivel medio, tiene el enfoque más específico y se concreta en su nivel de abstracción (Alligood 2014a, 2014b; Chinn y Kramer, 2015; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Las teorías de nivel medio proponen preguntas precisas de la práctica de enfermería evaluables. Abordan aspectos específicos de

situaciones de enfermería desde la perspectiva del modelo, la gran teoría o la teoría de donde surgen (Alligood, 2014a, 2014b; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013; Wood, 2014). Los detalles en las teorías de nivel medio son cosas como el grupo de edad del paciente; la situación familiar; la condición de salud del paciente; su ubicación, y, lo más importante, la acción del profesional de enfermería (Alligood, 2014b; Wood, 2014). Hay muchos ejemplos de teorías de nivel medio en la bibliografía de enfermería que han sido desarrolladas de forma inductiva y deductiva. Las teorías de nivel medio seleccionadas se presentan en la unidad V, en los capítulos 27 a 36.

El segundo aspecto de esta introducción a los capítulos 6 a 36 y a las unidades II a V es el análisis de la teoría, un proceso sistemático fundamental de reflexión crítica, que es un aspecto vital en la revisión de trabajos teóricos (Chinn y Kramer, 2015). Se presentan los criterios para el análisis de los trabajos de los teóricos, junto con una breve descripción de cómo cada criterio contribuye a una mayor comprensión del trabajo (Chinn y Kramer, 2015).

Análisis de la teoría

El análisis, la crítica y la evaluación son métodos utilizados para estudiar de forma crítica los trabajos teóricos de enfermería. El análisis de la teoría se lleva a cabo para adquirir conocimientos de la adecuación teórica. Es un proceso importante y el primer paso para aplicar trabajos teóricos de enfermería a la formación, la investigación, la administración o la práctica. Los criterios de análisis utilizados para cada trabajo teórico en este libro se incluyen en el cuadro 5.2 con las preguntas que dirigen la reflexión crítica del análisis.

Cuadro 5.2 Preguntas para el análisis y la reflexión crítica de los trabajos teóricos

- Claridad: ¿está clara esta teoría?
- Sencillez: ¿es sencilla esta teoría?
- Generalidad: ¿es general esta teoría?

- Accesibilidad: ¿es accesible esta teoría?
- Importancia: ¿es importante esta teoría?

Tomado de Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (9th ed., p. 199). St Louis: Elsevier-Mosby.

El proceso de análisis es útil para aprender sobre los trabajos y es fundamental para los científicos en enfermería que tienen la intención de evaluar, mejorar o ampliar los trabajos. Cuando estos centran su interés en la investigación del contexto de uno de los trabajos teóricos, se descubren áreas de mayor desarrollo a través de los procesos de crítica, análisis y reflexión crítica. Por tanto, el análisis es un proceso importante para aprender, para desarrollar proyectos de investigación y para ampliar el conocimiento científico asociado con los trabajos teóricos de la enfermería en el futuro. La comprensión de un marco teórico es vital para su aplicación en la práctica.

Claridad

La claridad y la estructura se revisan en términos de claridad y consistencia semántica, y claridad y consistencia estructural. La claridad habla del significado de los términos utilizados, y la consistencia y la estructura de las definiciones hablan de la forma estructural coherente de los términos en la teoría. El análisis comienza cuando se identifican los principales conceptos y subconceptos y sus definiciones. Las palabras tienen múltiples significados dentro y entre las disciplinas; por tanto, una palabra debe definirse específicamente de acuerdo con el marco dentro de la cual se utiliza (filosofía, modelo conceptual, teoría o teoría de nivel medio). La claridad y la consistencia se facilitan con diagramas y ejemplos. El desarrollo lógico y el tipo de estructuras utilizados deben ser claros, y los supuestos deben establecerse claramente y ser coherentes con el objetivo de la teoría (Chinn y Kramer, 2015).

Sencillez

La sencillez es muy valorada en el desarrollo de la teoría de

enfermería. Chinn y Kramer (2015) exponen los grados de sencillez y piden formas simples de teoría, como el nivel medio, para orientar la práctica. Las situaciones complejas de la práctica pueden precisar una teoría más compleja. Una teoría debería ser suficientemente completa, presentar un nivel de abstracción que permita proporcionar una directriz, y tener el menor número de conceptos posible con relaciones tan simples como sea posible para permitir su claridad.

Generalidad

La generalidad de una teoría habla del alcance de la aplicación y el propósito dentro de la teoría (Chinn y Kramer, 2015). La generalidad de un trabajo teórico varía en función de lo abstracto o concreto que sea (Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Comprender los niveles de abstracción por parte de los estudiantes de doctorado y los científicos de la enfermería ha facilitado el uso de marcos abstractos y el desarrollo de teorías de nivel medio. La teoría del cambio de aceleración de Rogers (1986) es un ejemplo de una teoría abstracta de la cual se han generado numerosas teorías de nivel medio.

Accesibilidad

«Lo *accesible* se refiere a la medida en que pueden identificarse indicadores empíricos para conceptos y en qué medida se pueden alcanzar los propósitos de la teoría» (Chinn y Kramer, 2015, pág. 205).

La accesibilidad es fundamental para el desarrollo de la investigación en enfermería para evaluar una teoría. La accesibilidad facilita la evaluación, porque los indicadores empíricos proporcionan un vínculo con la práctica para la evaluación y el uso definitivo de una teoría que permiten describir y evaluar aspectos de la práctica (Chinn y Kramer, 2015).

Importancia

Se puede dibujar un paralelismo entre el resultado y su importancia. Chinn y Kramer (2015) dicen que la pregunta central

es: «¿Esta teoría proporciona una comprensión importante de la enfermería?» (pág. 207). Debido a que la investigación, la teoría y la práctica están estrechamente relacionadas, la teoría de la enfermería se presta a sí misma a ser evaluada, y esta evaluación se traslada al conocimiento para la práctica. La teoría de la enfermería dirige la investigación y la práctica, genera nuevas ideas y diferencia el enfoque de la enfermería de otras profesiones de servicios (Chinn y Kramer, 2015).

Los cinco criterios para el análisis de la teoría –claridad, sencillez, generalidad, accesibilidad e importancia– dirigen la reflexión crítica de cada trabajo teórico expuesto en los capítulos 6 a 36. Estos amplios criterios facilitan el análisis de los trabajos teóricos, ya sean aplicados a los trabajos filosóficos, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías o teorías de nivel medio. El cuadro 5.3 describe el contenido proporcionado en cada capítulo de las unidades II a V.

Cuadro 5.3 Contenido descriptivo de las páginas divisorias de las unidades II a V de un vistazo

Unidad II: Filosofías enfermeras	**Unidad III: Modelos conceptuales en enfermería**
• La filosofía enfermera establece el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. • Las filosofías contribuyen al conocimiento de la enfermería dirigiendo la disciplina, formando una base para la investigación profesional que conduce a nuevas comprensiones teóricas. • Las filosofías enfermeras están representadas por los primeros trabajos anteriores a la época teórica y los trabajos contemporáneos de naturaleza filosófica. • Las filosofías son trabajos que proporcionan una mayor comprensión que promueve la disciplina enfermera y sus aplicaciones profesionales.	• Los modelos conceptuales en enfermería son los conceptos y sus relaciones que especifican una perspectiva y dan lugar a evidencias entre los fenómenos específicos de la disciplina. • Los modelos conceptuales abordan los amplios conceptos metaparadigmáticos (seres humanos, salud, enfermería y entorno) que son fundamentales para el significado del contexto de un marco concreto y la disciplina enfermera. • Los modelos conceptuales en enfermería brindan perspectivas con diferentes enfoques para el pensamiento crítico sobre personas, familias y comunidades, y para tomar decisiones de enfermería informadas. • Los modelos conceptuales en enfermería brindan una perspectiva a la enfermería para el desarrollo teórico en varios niveles de abstracción.

Unidad IV: Teorías y grandes teorías	Unidad V: Teorías de nivel medio
• Las teorías en enfermería describen, explican o pronostican resultados basados en las relaciones entre los conceptos de los fenómenos de enfermería. • Las teorías proponen relaciones enmarcando un tema de enfermería y definiendo términos relevantes. • Las teorías en enfermería pueden desarrollarse en varios niveles de abstracción. • Las grandes teorías en enfermería se consideran teóricas, porque, aunque son casi tan abstractas como un modelo conceptual, proponen un resultado comprobable que pone a prueba la principal premisa de la gran teoría. • Ejemplos de grandes teorías de modelos de enfermería son la teoría de Roy de la persona como un sistema adaptativo, la teoría de Neuman de la estabilidad óptima del cliente y la teoría de King sobre el logro de metas. Otros ejemplos de grandes teorías podrían ser el modelado de Erickson y el modelado de roles o teoría de las transiciones de Meleis.	• Las teorías de nivel medio son el nivel de teoría menos abstracto para aplicaciones prácticas concretas. • Las teorías de nivel medio comprenden características de la práctica o situaciones de enfermería. • Las teorías de nivel medio son la evidencia teórica de la aplicabilidad y el resultado. • Las teorías de nivel medio desarrollan evidencias para los resultados de nivel medio de enfermería. • Las teorías de nivel medio son reconocibles como tales porque contienen características de la práctica de enfermería. • Las características de las teorías de nivel medio comprenden: – La situación o condición de salud del cliente/paciente – Población cliente/paciente o grupo de edad – Localización del área de la práctica (p. ej., comunidad) – Acción del profesional de enfermería o intervención – Resultado previsto del cliente/paciente

Presentado con el agradecimiento de la Dra. Alligood al revisor que sugirió el cuadro 5.3.

Finalmente, los epígrafes de los capítulos sobre los teóricos (v. capítulos 6 a 36) son los mismos en cada capítulo para facilitar la uniformidad a la hora de revisar y comparar a los teóricos y sus trabajos. En el cuadro 5.4 se presenta una lista de los principales epígrafes de los capítulos.

Cuadro 5.4 Principales epígrafes de los capítulos 6 a 36

- Acreditaciones y antecedentes
- Fuentes teóricas

- Principales conceptos y definiciones
- Uso de datos empíricos
- Principales premisas
- Fundamentos teóricos
- Planteamiento lógico
- Aceptación/aplicación(es) por la comunidad de enfermería
- Evolución
- Crítica
- Resumen
- Caso clínico basado en el trabajo
- Actividades de pensamiento crítico
- Referencias para ampliar conocimientos
- Bibliografía

Bibliografía

Alligood MR. Areas for further development of theory-based nursing practice. In: Alligood R, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2014:414–424.

Alligood MR. Models and theories: Critical thinking structures. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2014:40–62.

Bixler GK, Bixler RW. The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*. 1959;59(8):1142–1146.

Chinn PL, Kramer MK. *Integrated knowledge development in nursing*. 9th ed. St Louis: Elsevier-Mosby; 2015.

Fawcett J. The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1984;16:84–87.

Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 2000.

Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2013.

Kalisch PA, Kalisch BJ. *American nursing: A history*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.

Meleis A. *Theoretical nursing: Development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.

Nightingale F. *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover; 1969: (Originally published in 1859.).

Rogers ME. Science of unitary human beings. In: Malinski V, ed. *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings*. Norwalk, CT: Appleton, Century, Crofts; 1986:3–14.

Rogers ME. Nursing: Science of unitary, irreducible human beings. Update 1990. In: Barrett E, ed. *Visions of Rogers' science based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990:5–11.

Wood AF. Nursing models: Normal science for nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2014:13–39.

UNIDAD II

Filosofías enfermeras

Introducción
Capítulo 6: Enfermería moderna
Capítulo 7: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson
Capítulo 8: Teoría de la atención burocrática
Capítulo 9: Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería
Capítulo 10: Filosofía de la asistencia
Capítulo 11: Teoría del cuidado caritativo

Introducción

- La filosofía enfermera establece el significado de los fenómenos de la enfermería mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.
- Las filosofías contribuyen al conocimiento enfermero proporcionando una dirección a la disciplina, creando una base para el conocimiento profesional y generando nuevos conocimientos teóricos.
- De las filosofías enfermeras forman parte los estudios anteriores a la época teórica, además de trabajos filosóficos contemporáneos.
- Las filosofías proporcionan una explicación general que hace avanzar la disciplina enfermera y sus aplicaciones profesionales.

La filosofía
establece las bases del significado de los fenómenos enfermeros mediante el análisis, el razonamiento y la presentación lógica de conceptos e ideas.
Los modelos conceptuales
son un conjunto de conceptos que tratan de explicar los fenómenos centrales de la enfermería a través de una serie de proposiciones que explican la relación entre ellos.
El concepto de gran teoría
deriva de un modelo conceptual y propone una hipótesis susceptible de análisis que valora la premisa principal del modelo.
La teoría en enfermería
son proposiciones susceptibles de análisis derivadas de las filosofías, los modelos conceptuales, las grandes teorías, las teorías sobre la enfermería abstractas o las teorías de otras disciplinas. Las teorías son menos abstractas que la gran teoría y menos específicas que las teorías de nivel medio.
El concepto de teoría de nivel medio
es más específico para la práctica y propone una serie de aspectos de la práctica de enfermería prácticos y susceptibles de análisis, que incluyen detalles como el grupo de edad del paciente, su situación familiar, su estado de salud, su localización y la acción de la enfermera.
Futuro de la teoría en enfermería
Los sistemas teóricos en enfermería orientan y generan comprensión para la práctica, la investigación, la administración y la formación.
Metaparadigma
Los límites conceptuales de la disciplina enfermera en sentido amplio: seres humanos, entorno, salud y enfermería

6

Enfermería moderna

Susan A. Pfettscher[*]

«El reconocimiento de la enfermería como un cometido diferente de la medicina empezó con Nightingale.»

(Chinn y Kramer, 2015, pág. 26)

Florence Nightingale
1820-1910

Acreditaciones y antecedentes

Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería moderna, nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia (Italia), mientras sus padres se encontraban de viaje por Europa; se llamó igual que la ciudad donde nació. Los Nightingale eran una familia aristocrática victoriana, bien educada y acaudalada, con fincas en Derbyshire (Lea Hurst fue su principal domicilio en el campo cerca del negocio de curtido de la familia) y en Hampshire (Embley Park). Precisamente, esta última finca se encontraba cerca de Londres, lo que permitía a la familia participar en los actos sociales de la ciudad.

Aunque la familia Nightingale al completo era numerosa, la

familia más cercana solo estaba formada por Florence y su hermana mayor, Parthenope. Durante su infancia, el padre de Nightingale le proporcionó una educación mucho más abierta que la habitual en las niñas de la época. Recibió clases de matemáticas, idiomas, religión y filosofía (materias que influyeron en su trabajo posterior) de su padre y otros. Aunque participó en las actividades sociales habituales de la época victoriana adecuadas a su nivel social durante la adolescencia, Nightingale quería dar a su vida un sentido más útil. En 1837 (a los 17 años), Nightingale escribió en su diario acerca de la «llamada divina» que había recibido: «Dios me habló y me pidió que le sirviera» (Holliday y Parker, 1997, pág. 491). Aunque tuvo pretendientes que le propusieron matrimonio, rechazó sus propuestas porque sentía que debía hacer algo más en la vida. Durante un tiempo no tuvo clara la naturaleza de su vocación; su familia trató de disuadirla de esta idea y de sus planes. Después de llegar a la conclusión de que debería hacerse enfermera, finalmente pudo completar su formación en 1851 (a los 31 años) en Kaiserwerth (Alemania), una comunidad religiosa protestante que disponía de un hospital. Permaneció en esta comunidad durante 3 meses aproximadamente; al final de ese tiempo sus profesores decidieron que su formación como enfermera había concluido.

Tras su regreso a Inglaterra, Nightingale fue contratada para examinar hospitales, reformatorios e instituciones caritativas. En 1853, tan solo 2 años después de finalizar su formación, se convirtió en superintendente del Hospital for Invalid Gentlewomen de Londres.

Durante la Guerra de Crimea, Sidney Herbert (amigo de la familia y secretario de guerra) pidió a Nightingale que fuera hasta Scutari, Turquía, con un grupo de enfermeras para atender a los soldados británicos heridos; en aquel momento la mortalidad de los soldados heridos era increíblemente elevada. Llegó allí en noviembre de 1854 (con 34 años), acompañada de 34 enfermeras recién reclutadas que cumplían su criterio para la enfermería profesional –eran mujeres jóvenes de clase media con una educación general básica (no el tipo de mujer habitual que se identificaba como enfermera en Inglaterra)–. Para llevar a cabo su misión de proporcionar atención enfermera, tuvo que resolver los problemas del entorno, como la falta de higiene y la suciedad (un

número reducido de orinales, agua no potable, ropa de cama contaminada y pozos negros desbordados). Además, los soldados debían enfrentarse a problemas de hipotermia, infecciones parasitarias, infecciones de heridas y otras enfermedades oportunistas mientras se recuperaban de las heridas de la batalla.

El trabajo de Nightingale para mejorar estas condiciones ambientales deplorables la convirtió en una persona muy popular y querida entre los soldados, pero los médicos y los oficiales militares no apoyaban sus métodos. La llamaban la «Dama de la lámpara», tal como quedó inmortalizada en el poema «Santa Filomena» (Longfellow, 1857), por las rondas nocturnas de vigilancia que hacía en los dormitorios para dar apoyo emocional a los soldados. En Scutari, Nightingale contrajo la fiebre hemorrágica de Crimea (tal vez tifus o brucelosis) y enfermó gravemente, lo que pudo afectar a su estado físico años más tarde.

Cuando finalizó la guerra, Nightingale volvió a Inglaterra, donde fue recibida con honores, especialmente por parte de la familia real (la reina Victoria), los soldados que sobrevivieron a la guerra, sus familias y las familias de quienes murieron en Scutari. Rechazó gran parte de la atención y llegó al hogar familiar de Lea Hurst sin anuncios ni algarabías. En reconocimiento a su trabajo, se le concedieron fondos para fundar escuelas de enfermería en el St. Thomas' Hospital y en el King's College Hospital de Londres. Al cabo de pocos años, la Nightingale School empezó a recibir peticiones para abrir más escuelas en hospitales de todo el mundo. Desde entonces se reconoce a Florence Nightingale como la fundadora de la enfermería moderna.

A lo largo de su vida, Nightingale dedicó sus esfuerzos no solo al desarrollo de la enfermería como una vocación (profesión) sino también a los problemas sociales locales, nacionales e internacionales, en un intento de mejorar el entorno vital de los pobres y de cambiar la sociedad. También se concentró en la reforma sanitaria del ejército, las funciones de los hospitales militares, las medidas higiénicas en la India y la atención sanitaria y las medidas higiénicas de los pobres de Inglaterra. Sus obras, *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army Founded Chiefly on the Experience of the Late War* (Nightingale, 1858b), *Notes on Hospitals* (Nightingale, 1858a) y

Report on Measures Adopted for Sanitary Improvements in India, from June 1869 to June 1870 (Nightingale, 1871), reflejan su preocupación constante por todos estos temas.

Poco después de regresar a Inglaterra, Nightingale se recluyó en su domicilio de Londres por problemas de salud. Sin embargo, siguió siendo muy productiva a pesar de su estado de salud y aislamiento. Hasta los 80 años, escribió entre 15.000 y 20.000 cartas a sus amigos, conocidos, partidarios y críticos. Estas cartas eran convincentes y directas, y transmitían sus creencias, sus observaciones y sus planes para cambiar la atención sanitaria y la sociedad. Mediante estos escritos pudo influir sobre los aspectos del mundo que la preocupaban. Además, cuando era necesario y su salud se lo permitía, recibía visitantes influyentes de la época para conversar, planear estrategias de apoyo a sus causas y llevar a cabo su trabajo.

A lo largo de su vida, el trabajo de Nightingale se vio recompensado por los premios que recibió, tanto en su país como en el extranjero. Continuó trabajando hasta los 80 años, cuando se quedó ciega; murió mientras dormía el 13 de agosto de 1910 a la edad de 90 años.

Las biografías y los ensayos modernos han intentado analizar el trabajo de Nightingale por medio de sus relaciones familiares (principalmente con sus padres y su hermana). Las películas se suelen centrar de forma inadecuada en sus relaciones personales con familiares y amigos. Aunque su vida personal y pública esconde numerosas incógnitas, a menudo estos análisis retrospectivos oscilan entre una excesiva negatividad y dureza y una descripción en exceso positiva de esta heroína victoriana fundadora de la enfermería moderna. Se han escrito numerosas biografías que relatan la vida y el trabajo de Nightingale. Cook (1913) escribió la primera biografía original y extensa de Nightingale, basada en sus propios escritos, aunque puede estar sesgada por la participación de su familia y por la supervisión de su proyecto. Sigue siendo la biografía más positiva que se ha escrito de Nightingale. Poco después, Strachey (1918) la describió como arrogante y manipuladora en su libro *Eminent Victorians*. O'Malley (1931) escribió una biografía más positiva centrada en su vida desde 1820 hasta 1856; sin embargo, el segundo volumen, que debería

haber descrito el resto de su vida y actividades, nunca se publicó. El libro de Woodham-Smith (1951) describe toda su vida, y la autora se basó principalmente en documentos originales que le proporcionó la familia. Esta es la biografía más conocida por los norteamericanos, que ha persistido como la biografía definitiva de la vida de Nightingale y que, aunque es más equilibrada que otras, tiende hacia un tono positivo. F. B. Smith (1982) escribió *Florence Nightingale: Reputation and Power*, obra crítica tanto con el carácter como con el trabajo de Nightingale. Small (1998) publicó otra obra titulada *Florence Nightingale: Avenging Angel.* Aunque el texto es crítico con aspectos concretos de su carácter y su trabajo, es más equilibrado en su presentación. Menciona que la vida de Nightingale «está mejor documentada que cualquier otra anteriormente» gracias a la gran cantidad de documentos personales y de la familia disponibles en la actualidad (Small, 2000). Sus problemas y desavenencias con otros biógrafos se encuentran en revisión (Small, 2008). Small sigue estudiando a Nightingale y actualiza su página web con información adicional sobre la Guerra de Crimea y la fundadora de la enfermería. Continúa la controversia y la intriga sobre el papel, el estatus y el estilo de vida confinado de Nightingale; en un periódico de Londres, se publicaron nuevas cartas relacionadas con los conflictos que Nightingale tuvo con sir John Hall (oficial médico en jefe del ejército británico en Crimea) (Kennedy, 2007). Una búsqueda en Internet muestra miles de referencias que proporcionan artículos, expedientes y comentarios sobre Nightingale. Ciertamente, el mundo sigue aún fascinado por esta excepcional mujer.

La comunidad enfermera de EE. UU. continúa igualmente fascinada por la vida y la obra de Nightingale. A lo largo de sus carreras profesionales, Kalisch y Kalisch (1983a, 1983b, 1987) publicaron varias críticas de estas múltiples adaptaciones que aportan un mayor conocimiento de los múltiples retratos de Florence Nightingale; sus técnicas pueden proporcionar métodos para que las personas interesadas en estudiar la vida y el trabajo de Nightingale analicen las publicaciones y los sucesos más recientes. El libro de Dossey (2000), *Florence Nightingale: Mystic, Visionary, Healer*, proporciona otra versión y una interpretación detallada de la vida privada y del trabajo de Nightingale. Mediante múltiples

citas de los escritos de Nightingale (diarios y cartas) y de las personas con las que se relacionó y mantuvo correspondencia a lo largo de su vida, Dossey se centra en la interpretación de la naturaleza espiritual de la persona y su trabajo, y ofrece una nueva perspectiva sobre Nightingale. En una introducción/prólogo a sus descripciones de espiritualidad para la vida de las enfermeras basadas en los escritos de Nightingale, Macrae (2001) explora la espiritualidad personal de Nightingale a partir de la revisión de escritos y documentos según los interpretaba ella. Más recientemente, Lorentzon (2003) ha realizado una revisión y un análisis de la correspondencia entre Nightingale y una de sus antiguas alumnas, que claramente demuestra su papel como mentora.

Finalmente, todos los escritos conservados de Nightingale están en proceso de publicación con el título de *The Collected Works of Florence Nightingale.* Los 16 volúmenes se han publicado bajo el impulso de Lynn McDonald, socióloga y experta en Nightingale (2001-2012). Este vasto proyecto y otros documentos recientemente descubiertos y accesibles siguen ampliando la relación de artículos y libros que exploran, interpretan y especulan acerca de la vida y la obra de Nightingale. Además, la misma autora ha publicado una nueva biografía de Nightingale (McDonald, 2010a).

Fuentes teóricas

Los factores que influyeron en el desarrollo de la filosofía enfermera de Nightingale son numerosos. Los valores individuales, sociales y profesionales eran parte integrante del desarrollo de sus creencias. Combinó sus recursos individuales con los recursos sociales y profesionales disponibles para provocar un cambio inmediato y a largo plazo en todo el mundo.

La educación que recibió Nightingale era poco habitual para una niña de la época victoriana. La formación en matemáticas y filosofía que recibió de un padre intelectual y bien educado le proporcionó unos conocimientos y un pensamiento conceptual excepcionales para una mujer de esa época. Aunque inicialmente sus padres se opusieron a su deseo de estudiar matemáticas, cedieron y le permitieron formarse con matemáticos reputados. Su tía Mai, una

familiar querida y defensora ferviente de las ideas de Nightingale, la describía como una mente brillante. Este tipo de descripción era infrecuente para caracterizar a las mujeres victorianas, aunque en el caso de Nightingale esta definición era totalmente aceptada. Es difícil determinar si Nightingale era un genio que habría sido una gran líder y pensadora en cualquier circunstancia o si su talento es consecuencia de su singular educación y estatus para la época. ¿Hubiera sido una líder si hubiera nacido en la actualidad? Si no hubiera nacido en ese momento y ese lugar, ¿qué tipo de enfermería ejercería en la actualidad?

Gracias a que la familia de Nightingale pertenecía a la aristocracia, Florence pudo relacionarse con personas con gran poder e influencia. Muchas de ellas eran amigos de la familia, como Stanley Herbert, que tuvo un papel muy importante a lo largo de toda su vida. La experiencia de la breve carrera política de su padre y de sus actividades como aristócrata implicado en actividades políticas y sociales de la comunidad sirvió para que Nightingale comprendiera el funcionamiento político de la Inglaterra victoriana. Probablemente utilizó este conocimiento y sus propias experiencias para ganar batallas políticas a favor de sus causas.

Asimismo, Nightingale identificó los cambios sociales de su tiempo y su impacto en la salud de los individuos. La era industrial había empezado en Inglaterra, lo que provocó la aparición de nuevas clases y problemas sociales, así como de nuevas enfermedades. Los tratados sociales y las novelas de Dickens incluían comentarios mordaces sobre la sanidad y la necesidad de una reforma social y sanitaria en Inglaterra. En su novela por entregas (1843-1844) *Martin Chuzzlewit* (Dickens, 1987), el retrato que Dickens hizo de Sairey Gamp como una enfermera borracha mostró a la sociedad los horrores de la enfermería victoriana. Su relación con Dickens influyó indiscutiblemente en las definiciones de enfermería y sanidad, así como en la teoría de la enfermería que Nightingale desarrolló. Asimismo, le ofreció un foro donde expresar sus opiniones sobre problemas sociales y sanitarios (Dossey, 2000; Kalisch y Kalisch, 1983a; Woodham-Smith, 1951).

Las relaciones similares con líderes políticos, intelectuales y reformadores sociales del momento (John Stuart Mill, Benjamin Jowett, Edwin Chadwick y Harriet Marineau) desarrollaron el

pensamiento filosófico y lógico de Nightingale, que aparece claramente en su filosofía y teoría de la enfermería (Dossey, 2000; Kalisch y Kalisch, 1983a; Woodham-Smith, 1951). Estas relaciones probablemente la inspiraron para luchar y cambiar todo lo que le parecía inaceptable de la sociedad de su tiempo.

Por último, la afiliación y las creencias religiosas de Nightingale también constituyeron una inspiración especialmente fuerte para su teoría de enfermería. Educada en la fe del unitarismo, definió su trabajó enfermero como una llamada religiosa utilizando su creencia de que trabajar para beneficiar a los demás es el mejor modo de servir a Dios. Además, la comunidad unitarista apoyaba con fuerza la educación de las personas como un medio para desarrollar su potencial divino y para alcanzar la perfección en sus vidas y en su servicio a Dios. La fe de Nightingale le proporcionó la fuerza personal a lo largo de su vida y la creencia de que la educación era un factor crítico para establecer la profesión enfermera. Asimismo, los conflictos religiosos de la época, especialmente entre anglicanos y católicos en el Imperio británico, podrían haber influido en la fuerte creencia de Nightingale de que la enfermería debería ser una profesión laica (Dossey, 2000; Helmstadter, 1997; Nelson, 1997; Woodham-Smith, 1951). A pesar de sus fuertes creencias religiosas y del reconocimiento de su llamada, nunca impuso estas ideas como requisito a sus enfermeras. Es más, su oposición al trabajo de las monjas en Crimea (las acusó de proselitismo) hizo que el Vaticano interviniera en el conflicto (Dossey, 2000; Woodham-Smith, 1951). La revisión de Nelson del cuidado proporcionado por religiosos en el siglo XIX aportó una interesante visión histórica del papel de las religiosas en la enfermería (Nelson, 1997).

Principales conceptos y definiciones

La teoría de Nightingale se centró en el entorno, aun cuando ella en sus escritos prefirió el término *alrededores.* Definió y describió los conceptos de *ventilación, calidez, luz, dieta, limpieza* y *ruido* –componentes del contexto, habitualmente referido como *entorno* en las discusiones sobre su obra–. Al leer *Notes on Nursing*

(Nightingale, 1969) es fácil identificar su énfasis en el entorno físico. En el contexto de los problemas que identificó y se esforzó para mejorar (en entornos de guerra y asilos), este énfasis parece más apropiado (Gropper, 1990). Su preocupación por un entorno saludable incluyó ámbitos hospitalarios en Crimea e Inglaterra, pero también se extendió a los hogares y las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados y para la recuperación y el mantenimiento de la salud. Su trabajo teórico sobre los cinco elementos esenciales de un entorno saludable (*aire puro, luz, higiene, eliminación de aguas residuales* y *agua potable*) se considera tan indispensable en la actualidad como hace 150 años.

1. Aire puro. Parece que la mayor preocupación de Nightingale era que el paciente tuviera una ventilación adecuada; sus instrucciones a las enfermeras eran «que el aire que respira sea tan puro como el aire del exterior, sin provocarle un resfriado» (Nightingale, 1969, pág. 12). El énfasis que Nightingale puso en una ventilación adecuada indica que reconoció el entorno como causa de enfermedad y recuperación. Además de describir el papel de la ventilación en la habitación o la vivienda, Nightingale ideó un sistema para medir la temperatura del paciente mediante la palpación de las extremidades para calcular la pérdida de calor (Nightingale, 1969). Las enfermeras eran instruidas para controlar el entorno con el fin de proporcionar al paciente calor con un buen fuego, ventilación abriendo las ventanas, y colocando al paciente en el lugar más adecuado de la habitación.
2. Luz. El concepto de iluminación también era importante en la teoría de Nightingale. En particular, descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes. Observó que «la luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano… ¿Quién no ha observado alguna vez el efecto purificador de la luz y especialmente de la luz solar directa sobre el aire de una habitación?» (Nightingale, 1969, págs. 84-85). Para conseguir los efectos beneficiosos de la luz

solar, se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

3. La higiene es otro elemento fundamental de la teoría del entorno de Nightingale (Nightingale, 1969). A este respecto, se refirió específicamente al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropa de cama) era una fuente de infección por la materia orgánica que contenía.
4. Eliminación de aguas residuales. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno.
5. Agua potable. Por último, Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días, en un momento en que esta práctica no era habitual. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia (Nightingale, 1969). Este concepto era especialmente relevante para el cuidado individual de los pacientes y fue muy importante para mejorar el estado de salud de los pobres, que vivían hacinados, en malas condiciones, con sistemas inadecuados de evacuación de aguas residuales y con acceso limitado al agua potable (Nightingale, 1969).

Nightingale incluyó los conceptos de *tranquilidad* y *dieta* en su teoría. Se pedía a la enfermera que evaluara la necesidad de tranquilidad e interviniera para mantenerla si era necesario (Nightingale, 1969). Debía evitarse el ruido creado por actividades físicas en torno a la habitación del paciente porque podría perjudicarle. Asimismo, Nightingale se preocupó también por la dieta del paciente (Nightingale, 1969). Enseñó a las enfermeras a valorar no solo la ingesta alimenticia, sino también el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición involuntariamente y que las enfermeras debían saber satisfacer las

necesidades nutricionales de sus pacientes.

Otro elemento de su teoría era la descripción del control de los detalles más pequeños (administración de enfermería) (Nightingale, 1969). Creía que la enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. La enfermera tenía que evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Además, Nightingale reconoció que las visitas de pequeños animales domésticos podrían beneficiar al paciente. Creía que la enfermera era responsable del entorno incluso cuando no se encontraba físicamente allí, porque debía supervisar el trabajo de las demás enfermeras durante su ausencia.

Uso de datos empíricos

Los informes de Nightingale describiendo las condiciones sanitarias e higiénicas de Crimea e Inglaterra la identifican como una científica sobresaliente y una investigadora empírica. Su pericia como estadística se hace patente en los informes sobre diferentes materias que realizó a lo largo de su vida, como el cuidado de la salud, la enfermería y la reforma social.

La información detallada que Nightingale recogió para probar la eficacia de su sistema y su organización de la enfermería hospitalaria en la Guerra de Crimea es quizá su trabajo más conocido. El informe de sus experiencias y los datos recogidos se presentó a la British Royal Sanitary Commission en *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army Founded Chiefly on the Experience of the Late War* (Nightingale, 1858b). Esta comisión se organizó en respuesta a las quejas de Nightingale sobre las malas condiciones sanitarias. Los datos de estos informes proporcionaron un argumento poderoso a favor de las reformas propuestas en los pabellones de los hospitales de Crimea. Según Cohen (1984), creó el diagrama del área polar para representar explícitamente las muertes innecesarias en los hospitales militares británicos de Crimea. En el mismo artículo, Cohen resume el trabajo de Nightingale como investigadora y estadística afirmando que «ayudó a promover la noción innovadora de que los fenómenos sociales podían medirse objetivamente y estar

sujetos al análisis matemático» (1984, pág. 128). Palmer (1977) describió las habilidades para la investigación de Nightingale, como la recogida de datos, la comunicación, la ordenación, la codificación, la conceptualización, la inferencia, el análisis y la síntesis. La observación de los fenómenos sociales en relación con el individuo y el entorno era especialmente importante para Nightingale y era la base para sus escritos. Nightingale puso especial énfasis en el uso conjunto de la observación y de la realización de tareas en la educación de enfermeras, y esperaba que estas utilizaran estas actividades en su trabajo.

Principales premisas

Enfermería

Nightingale creía que toda mujer, en algún momento de su vida, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en ser responsable de la salud de otra persona. Nightingale escribió *Notes on Nursing*, publicado por primera vez en 1859, con el fin de dar a las mujeres unas directrices para proporcionar cuidados a sus seres queridos en casa y para aconsejar sobre «cómo pensar como una enfermera» (Nightingale, 1969, pág. 4). Sin embargo, las enfermeras formadas tenían que aprender principios científicos adicionales para aplicar en sus trabajos y tenían que ser más hábiles para observar e informar del estado de salud de sus pacientes mientras ofrecían cuidados al paciente durante su recuperación.

Persona

En la mayoría de sus escritos, Nightingale hacía referencia a la persona como *paciente.* Las enfermeras realizaban tareas para y por un paciente, y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. En la mayoría de casos, el paciente era el sujeto pasivo de esta relación. No obstante, se hacen referencias específicas al autocuidado del paciente siempre que sea posible, y, en particular, su implicación en los horarios y en las decisiones sobre la comida. Se enseñaba a la enfermera a preguntarle sus

preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que veía a cada paciente como un individuo. No obstante, Nightingale (1969) hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social.

Salud

Nightingale definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades para vivir. Además, ella consideraba la enfermedad como un proceso reparativo que la naturaleza iniciaba cuando una persona no atendía a sus necesidades de salud. Nightingale concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Sus descripciones llevaron a la enfermería de salud pública y al más moderno concepto de promoción de la salud. Diferenció estos conceptos de enfermería de los cuidados que se proporcionan a un paciente enfermo para fomentar su recuperación y para que viva mejor hasta el momento de morir en paz. En la actualidad, su concepto de enfermería de la salud existe en la función de las enfermeras comunitarias y en otros profesionales de la salud en Inglaterra, así como en otros países donde se utilizan trabajadores de salud laicos para mantener la salud y enseñar a las personas a prevenir enfermedades. Su concepto de enfermería de la salud es un modelo utilizado por numerosas agencias y departamentos de salud pública de EE. UU.

Entorno

El concepto de entorno de Nightingale hace hincapié en que la enfermería es ayudar a la naturaleza a curar al paciente. En su definición de entorno no se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Su consejo para las enfermeras, tanto a las que proporcionaban atención domiciliaria como a las enfermeras profesionales de los hospitales, era crear y mantener un entorno terapéutico que mejorase la comodidad y la recuperación del paciente. Su tratado sobre la higiene rural incluye una descripción

increíblemente específica de problemas ambientales y de sus resultados, además de soluciones prácticas a estos problemas para los hogares y las comunidades (Halsall, 1997).

Los supuestos y la comprensión de Nightingale de las condiciones ambientales fueron lo más relevante para su filosofía. Creía que los enfermos pobres se beneficiarían de las mejoras del entorno tanto a nivel corporal como mental. Creía que las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas.

Muchos aristócratas de la época ignoraban las condiciones de vida de los pobres. Sin embargo, la madre de Nightingale había visitado y atendido a familias pobres en las comunidades que rodeaban sus propiedades; Nightingale la acompañó en estas visitas cuando era una niña y las continuó realizando hasta que fue una anciana. De este modo, la comprensión de Nightingale de los entornos físicos y de sus efectos sobre el estado de salud los adquirió a través de la observación y de la experiencia directa, a pesar de su vida acomodada.

Fundamentos teóricos

Nightingale pensaba que la enfermedad era un proceso reparador; la enfermedad era el esfuerzo de la naturaleza por remediar un proceso de intoxicación o decaimiento, o bien una reacción contra las condiciones en las que se encontraba la persona. Aunque actualmente estos conceptos parecen absurdos, eran más científicos que algunos de los que prevalecían en aquella época (p. ej., enfermedad como castigo). En sus escritos, solía utilizar la palabra *Naturaleza* con mayúscula inicial como sinónimo de Dios. Este uso se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. No obstante, cuando utilizaba la palabra *naturaleza* con minúscula inicial, no quedaba claro si pretendía darle otro significado o si quizá se trataba de un sinónimo de algún proceso orgánico patológico. Nightingale creía que la función de las enfermeras era evitar cualquier interrupción del proceso reparador y proporcionar las mejores condiciones para su desarrollo, asegurando así la recuperación del paciente.

Nightingale estaba comprometida totalmente con la formación

(educación) en enfermería. Escribió *Notes on Nursing* (1969) para mujeres cuidadoras, y estableció una distinción entre el papel de asistentes domésticas y personas formadas específicamente como enfermeras a la hora de proporcionar los cuidados a las personas enfermas. Nightingale (1969) opinaba que las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y el entorno; la observación era una actividad ininterrumpida para una enfermera con buena formación. Además, creía que las enfermeras debían hacer uso del sentido común en la práctica, unido a la observación, la perseverancia y el ingenio. Finalmente, Nightingale consideraba que las personas, como querían gozar de buena salud, cooperarían con la enfermera y con la naturaleza, para facilitar que tuviera lugar el proceso reparador, y que modificarían su entorno para prevenir la enfermedad.

Aunque se ha ridiculizado a Nightingale por no aceptar la teoría de los gérmenes, comprendió claramente el concepto de contagio y contaminación por medio de las sustancias orgánicas procedentes del paciente y del entorno. Muchas de sus observaciones son consecuentes con los conceptos de infección y con la teoría de los gérmenes; por ejemplo, aceptó el concepto de vacunación contra varias enfermedades. Small (2008) sostenía que Nightingale, evidentemente, creía en una teoría de los gérmenes, pero no en una teoría que indica qué gérmenes patológicos causan una infección inevitable. Una teoría de este tipo era antitética a su creencia de que el saneamiento y una buena higiene podían evitar la infección. Su convicción de que la intervención adecuada sobre el entorno podría evitar las enfermedades es la idea sobre la que se basan las acciones de higienización modernas.

Nightingale no habló explícitamente de las conductas de cuidado de las enfermeras. Escribió muy poco acerca de las relaciones interpersonales, excepto cuando estas influyen en los procesos reparadores del paciente. En cambio, sí describió la vocación de enfermera, o llamada, y el compromiso que esta vocación exige. Su propio ejemplo de práctica enfermera en Crimea explica las conductas de cuidado. Entre estas se encuentran su compromiso de vigilar a los pacientes por la noche, un concepto nuevo y práctico; sentarse con ellos durante el proceso de la muerte; estar cerca de ellos durante los procedimientos quirúrgicos; escribir cartas por

ellos, y proporcionarles material de lectura, incluida una sala adecuada, durante su recuperación. Finalmente, cuando los soldados morían, escribía cartas a sus familiares. Watson (2010) define las descripciones y comportamientos de Nightingale como el «diseño de los significados y modelos transpersonales de cuidados» (pág. 107). Neils (2010) describe el papel de cuidados de la enfermería como un enlace basado en la descripción dada por Nightingale de las visitas sistemáticas a los pacientes en el hospital. Interpreta esta actividad como la expresión de un soporte atencional y espiritual, mientras se obtienen también otras observaciones de enfermería. Straughair (2012) refiere que los pacientes del National Health Service de Inglaterra identificaron una pérdida de compasión en enfermería (como un componente de los cuidados) y reclamaban una atención a este aspecto del ideal cristiano de enfermería profesional de Nightingale.

Análogamente, Burkhart y Hogan (2008) y Wu y Lin (2011) han realizado investigaciones para identificar los cuidados espirituales en la práctica de enfermería tal como fueron descritos por vez primera por Nightingale. Los lugares de realización de estos estudios (EE. UU. y Taiwán) reflejan la universalidad del trabajo de Nightingale. Straughair (2012) establece que existe la necesidad de redescubrir la compasión, que parece estar en declive en la enfermería moderna. Finalmente, Wagner y White (2010) exploran y analizan las «relaciones de cuidados» en las obras de Nightingale. Este estudio histórico contribuye a nuestra comprensión del modo en que Nightingale describió el concepto moderno de cuidados.

Nightingale creía que las enfermeras eran agentes morales. Presentó una pauta para la relación profesional con los pacientes; inculcó a sus enfermeras el principio de confidencialidad y recomendó el cuidado de los pobres para mejorar su salud y su situación social. Además, abordó el tema de la toma de decisiones que afectan al paciente (un importante concepto ético moderno). Nightingale (1969) recomendó que el médico y la enfermera tomaran decisiones claras y concisas acerca del paciente, y afirmó que la indecisión (irresolución) o un cambio de opinión pueden perjudicar más al paciente que el hecho de que este deba tomar una decisión. Hoyt (2010) analizó el modo en que Nightingale definió la enfermería como una profesión ética y las prácticas éticas

integradas en esta disciplina.

Planteamiento lógico

Nightingale utilizó el razonamiento inductivo para establecer las leyes de la salud, la enfermedad y la enfermería a partir de sus observaciones y experiencias. La educación que recibió durante su infancia, especialmente en filosofía y matemáticas, habría potenciado su habilidad para el pensamiento lógico y el razonamiento inductivo. Por ejemplo, las observaciones que realizó sobre las condiciones en el hospital de Scutari le sirvieron para llegar a la conclusión de que un entorno contaminado, sucio y oscuro provocaba enfermedades. No solo evitó que la enfermedad floreciera en ese entorno, sino que también convalidó los resultados con un minucioso registro. Gracias a su preparación, su breve experiencia como superintendente en Londres y sus experiencias en Crimea, pudo realizar observaciones y sentar los principios de la formación enfermera y el cuidado de los pacientes (Nightingale, 1969).

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

En la actualidad, los principios de enfermería de Nightingale siguen siendo la base de la práctica enfermera. Los aspectos de su teoría que versan sobre el entorno (es decir, ventilación, temperatura, silencio, dieta e higiene) continúan formando parte del actual cuidado de enfermería. En la práctica de la enfermería del siglo XXI, estos conceptos siguen utilizándose; incluso han ganado importancia debido a los nuevos problemas de control de enfermedades que debe afrontar la sociedad mundial. Aunque las instalaciones sanitarias y el tratamiento de aguas moderno han conseguido controlar los focos tradicionales productores de enfermedades con bastante eficacia en EE. UU., el agua contaminada debido a cambios ambientales o a la introducción de

contaminantes no habituales sigue siendo un problema sanitario en muchas comunidades. Los movimientos a escala mundial han alterado significativamente la propagación real y potencial de las enfermedades. La higiene moderna, el tratamiento adecuado del agua y el reconocimiento y control de otros métodos de transmisión de enfermedades siguen siendo retos para las enfermeras del mundo entero.

Han aparecido otros problemas nuevos relacionados con el entorno, debidos a la arquitectura moderna (p. ej., síndrome del edificio enfermo); las enfermeras deben preguntarse si los edificios modernos con control ambiental cumplen el principio de Nightingale sobre una buena ventilación. Por otro lado, los ambientes controlados protegen cada vez más a las personas del humo del tabaco, los gases tóxicos, las emisiones de los automóviles y otros riesgos ambientales. La eliminación de residuos, incluidos los tóxicos, y el uso de productos químicos en la sociedad moderna plantean nuevos retos para los profesionales sanitarios, que deben reconsiderar el concepto de entorno saludable (Butterfield, 1999; Gropper, 1990; Sessler, 1999). Shaner-McRae, McRae y Jas (2007) describieron las condiciones ambientales de nuestros hospitales, que influyen no solo en el entorno individual del paciente sino también en un ambiente más extenso que incluye múltiples conceptos ambientales identificados por Nightingale. Aunque se centran en los hospitales occidentales, es evidente que este aspecto plantea un reto global para los profesionales de enfermería.

En las instalaciones sanitarias, cada vez es más difícil controlar la temperatura ambiental individualmente para cada paciente. Este entorno también puede ser muy ruidoso debido a las múltiples actividades y tecnología (equipos) utilizadas para favorecer el proceso reparador del paciente. Las enfermeras han analizado estos problemas desde un punto de vista formal, porque siguen afectando a sus pacientes y al sistema sanitario (McCarthy, Ouimet y Daun, 1991; McLaughlin et al., 1996; Pope, 1995).

Monteiro (1985) proporcionó a la comunidad de salud pública norteamericana una amplia revisión del trabajo de Nightingale como reformadora sanitaria y social, recordando el alcance de la influencia de Nightingale sobre la sanidad en diferentes campos y su preocupación por los problemas que causan la pobreza y la falta

de higiene. Aunque en EE. UU. existen otras disciplinas con un creciente interés en estos problemas, es evidente que la enfermería y sus profesionales desempeñan un papel muy activo en el cuidado directo del paciente y en los ámbitos político y social para garantizar entornos saludables a todos los ciudadanos.

McPhaul y Lipscomb (2005) han aplicado los principios del entorno de Nightingale a la práctica de la enfermería de la salud ocupacional. Estas enfermeras especialistas han identificado cada vez más problemas de salud medioambiental locales, regionales y globales. Los cambios modernos en los desplazamientos, la emigración y los entornos físicos están creando problemas de salud a muchas personas.

Las infecciones (p. ej., virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], tuberculosis [TB], virus del Nilo Occidental, virus de Ébola y virus de Zika) son ejemplos de estos cambios. Además, las enfermeras se enfrentan a una epidemia de sustancias tóxicas e infecciones nosocomiales y al desarrollo de microorganismos resistentes (p. ej., *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina [SARM]) en sus entornos de cuidados de pacientes; las medidas preventivas de primera línea de lavarse las manos y la higiene ambiental recuerdan los principios y la teoría del entorno original de Nightingale. Otros problemas creados por cambios y contaminación ambiental dejarían atónita a Nightingale, pero probablemente los abordaría con una forma agresiva de control característica. Dado que los sistemas y los profesionales sanitarios luchan por promover la seguridad de los pacientes a través de la prevención de la infección en las instalaciones sanitarias, este trabajo puede enmarcarse en las palabras de Florence Nightingale: «Parece un extraño principio enunciar, como requisito imprescindible, en un hospital "No dañéis a los enfermos"» (Vincent, 2010, pág. 5).

Aunque algunas de las ideas de Nightingale se han modificado o han quedado anticuadas debido a los avances médicos y a los descubrimientos científicos, muchos de los conceptos de su teoría han resistido el paso del tiempo y los avances tecnológicos. Es evidente que gran parte de su teoría todavía puede aplicarse a la enfermería moderna. Los conceptos que aparecen en sus escritos, desde los comentarios políticos hasta la investigación académica,

siguen citándose en las obras de enfermería (Medeiros et al., 2015).

Un gran número de autores ha analizado los conceptos y las acciones del control de los detalles más pequeños y han descubierto la atemporalidad y la universalidad de parte de su estilo de gestión (Decker y Farley, 1991; Henry, Woods y Nagelkerk, 1990; Monteiro, 1985). Lorentzon (2003) se ha centrado específicamente en el papel de Nightingale como mentora de una antigua estudiante en su revisión y análisis de la correspondencia entre ella y su antigua alumna, Rachel Williams. Este análisis aporta una revisión de los enfoques mentores basados en las teorías de Nightingale; sus comentarios sobre el tratamiento, tal y como se los explicó a Rachel Williams, podrían fomentar una buena discusión de las necesidades de las enfermeras actuales en cuanto a mentorización y desarrollo profesional. Lannon (2007) y Narayanasamy y Narayanasamy (2007) basaron sus investigaciones del personal y del desarrollo de liderazgo en enfermería en las afirmaciones de Nightingale sobre la necesidad básica de la formación continua en la práctica enfermera.

Por último, numerosos autores han analizado el papel de Nightingale en el movimiento sufragista, especialmente en el contexto del desarrollo de la teoría feminista. Aunque se la ha criticado por no haber participado activamente en este movimiento, en una carta enviada a John Stuart Mill, Nightingale afirmaba que podía trabajar para las mujeres de otros modos (Woodham-Smith, 1951). Su ensayo *Cassandra* (Nightingale, 1852) muestra que apoyaba el concepto que en la actualidad conocemos como feminismo. Los académicos continúan valorando y analizando su papel ante el movimiento feminista de esta era moderna (Dossey, 2000; Hektor, 1994; Holliday y Parker, 1997; Selanders, 2010a; Welch, 1990). Selanders (2010a) sostiene con fuerza que Nightingale era una feminista y que sus convicciones como tal estaban integradas con el desarrollo de la enfermería profesional moderna.

Formación

Los principios de Nightingale sobre la formación enfermera (instrucción de principios científicos y experiencia práctica para perfeccionar las habilidades) sirvieron de modelo universal para las primeras escuelas de enfermería, comenzando por la del St.

Thomas' Hospital y la del King's College Hospital de Londres. En EE. UU. se crearon tres escuelas experimentales de enfermería en 1873 que aplicaban el modelo de formación de Nightingale (Ashley, 1976):

1. Bellevue Hospital de Nueva York.
2. New Haven Hospital de Connecticut.
3. Massachusetts Hospital de Boston.

La influencia de este sistema de formación y de muchos de sus principios aún puede observarse en los actuales programas educativos de enfermería. Aunque Nightingale recomendaba que la escuela de Enfermería fuera independiente del hospital para garantizar que las estudiantes no participaran en el trabajo del hospital como parte de su formación, las escuelas estadounidenses de enfermería dependieron de un hospital durante muchos años (Ashley, 1976). Nightingale (Decker y Farley, 1991) pensaba que no se podía valorar el arte de la enfermería con exámenes, pero utilizaba otros métodos de evaluación, como estudios de casos (notas), para estudiantes de Enfermería en el St. Thomas' Hospital.

Nightingale entendió claramente que solo se realizaría una buena práctica con una buena formación. Este mensaje aparece en todos sus escritos sobre enfermería. La historiadora de Nightingale, Joanne Farley, responde a una estudiante de Enfermería en la actualidad afirmando que «la formación es enseñar su profesión a una enfermera… La formación consiste en capacitar a una enfermera para que actúe del mejor modo posible…, como un ser inteligente y responsable» (Decker y Farley, 1991, págs. 12-13). Resulta difícil imaginarse cómo sería en la actualidad el cuidado de los enfermos si Nightingale no hubiera definido las necesidades de formación de las enfermeras y no hubiera creado estas primeras escuelas.

Investigación

El interés de Nightingale en la investigación científica y en la estadística sirve aún para definir los estudios científicos que se utilizan para la investigación enfermera. Era excepcionalmente

eficiente, y disponía de numerosos recursos para reunir datos y analizarlos; su habilidad para representar gráficamente los datos se vio reflejada por primera vez en los diagramas polares, el tipo de gráfico que ella inventó (Agnew, 1958; Cohen, 1984; McDonald, 2010b). Su enfoque empírico de resolución de problemas de atención sanitaria se hace patente en los datos que solía incluir en sus numerosos artículos y cartas.

Cuando los escritos de Nightingale se definen y analizan como una teoría, se observa que presentan un enfoque filosófico que es aplicable en la enfermería moderna en la actualidad. Los conceptos que Nightingale identificó actúan como base para la investigación, que se suma a la moderna ciencia y práctica de la enfermería en todo el mundo. Lo más notable es su enfoque en el ambiente (entorno) y su importancia para la enfermería.

Los actuales autores e investigadores enfermeros han descrito este aspecto del trabajo de Nightingale como su «teoría ambiental». Medeiros et al. (2015) organizaron sus escritos sobre el entorno y el medio ambiente, y realizaron un análisis de la teoría basado en el modelo de Johnson y Webber; determinaron que la teoría ambiental de Nightingale sirve a los parámetros actuales con una relevancia clave. De un modo similar, Zborowsky (2014) alude a la teoría ambiental de Nightingale y a su resonancia en el entorno sanitario actual. Por último, Selanders (2010b) describe la práctica de la enfermería como una «adaptación ambiental».

Evolución

La teoría y la filosofía de Nightingale sobre enfermería se explican con claridad y concisión en *Notes on Nursing* (1969), la obra más conocida y leída de Nightingale. En este escrito, la autora proporciona una guía para el cuidado de los enfermos y, de esta manera, aclara qué es la enfermería y qué no. El contenido del texto parece el más ameno para el análisis teórico. Hardy (1978) afirmó que Nightingale formuló una gran teoría, que explica la totalidad de la conducta. Con el desarrollo del conocimiento de la teoría de enfermería, la obra de Nightingale ha acabado aceptándose como una filosofía de enfermería. Aunque algunas formulaciones se han comprobado, a menudo los principios derivan de situaciones

anecdóticas para ilustrar su significado y confirmar sus afirmaciones. Su trabajo se ha explicado a menudo como una teoría, y está claro que las premisas de Nightingale han proporcionado los fundamentos para el desarrollo de la práctica enfermera y de las actuales teorías. Tourville e Ingalls (2003) la describieron como el tronco de un árbol vivo de teorías de enfermería.

Crítica

Claridad

La obra de Nightingale es clara y fácil de comprender. Aborda tres tipos de relaciones principales:

1. Entorno-paciente.
2. Enfermera-entorno.
3. Enfermera-paciente.

Creía que el entorno era el principal factor causante de la enfermedad en el paciente y consideraba que la enfermedad era «el conjunto de reacciones de la naturaleza contra las condiciones en que vivimos» (Nightingale, 1969, pág. 56). Nightingale reconoció la potencial peligrosidad de un entorno e hizo especial hincapié en el beneficio de un entorno adecuado para prevenir la enfermedad.

La práctica enfermera incluye el control del entorno de distintos modos para potenciar la recuperación del paciente. La eliminación de la contaminación, del contagio y el uso de una ventilación correcta, de una iluminación y de una temperatura adecuadas y el silencio conformaban los elementos que debían identificarse para controlarse o manipularse en el entorno. Nightingale empezó a desarrollar las relaciones entre algunos de estos elementos en sus escritos sobre contaminación y ventilación, iluminación y posición del paciente en la habitación, higiene y oscuridad, y ruido y estimulación del paciente. Asimismo, describió la relación entre la habitación del enfermo y el resto de la vivienda, y la relación entre la vivienda y el barrio.

Puede que la relación enfermera-paciente sea la relación menos definida de la obra de Nightingale. A pesar de ello, propone la

cooperación y la colaboración entre enfermera y paciente en sus escritos sobre los patrones alimentarios del paciente y sus preferencias, el bienestar que puede proporcionar al paciente la presencia de un animal de compañía querido, evitar al paciente angustias emocionales y la conservación de la energía mientras se permite que el paciente realice su autocuidado. Por último, cabe destacar que Nightingale habló extensamente sobre el concepto de observación, incluido el uso de las observaciones que servían para guiar el cuidado de los pacientes y para medir la mejora o falta de respuesta a las intervenciones enfermeras.

Sencillez

Nightingale proporciona una teoría descriptiva y explicativa. Su enfoque en el ambiente, junto con sus componentes epidemiológicos, tiene un potencial predictivo. Podría decirse que Nightingale ha contrastado su teoría de una manera informal mediante la recogida de datos y la verificación de las mejoras. Utilizó el estudio de casos breves, como posibles ejemplos, para ilustrar una serie de conceptos que identificó en *Notes on Nursing* (1969). Su intención era proporcionar reglas y explicaciones generales que dieran como resultado unos buenos cuidados de enfermería a los pacientes. Así pues, su objetivo de establecer reglas generales para la práctica y el desarrollo de la enfermería se cumplió a través de esta sencilla teoría.

Generalidad

Las teorías de Nightingale se han utilizado para proporcionar directrices generales a todas las enfermeras durante los últimos 150 años. Aunque algunas actividades que describió ya no son relevantes, la universalidad y la atemporalidad de sus conceptos aún siguen vigentes. Los profesionales de enfermería reconocen cada vez más el papel de observación y medida de los resultados como un componente esencial de su práctica. Burnes-Bolton y Goodenough (2003), Erlen (2007), Robb et al. (2007) y Weir-Hughes (2007) han escrito acerca de la medida de los resultados en los pacientes y de los métodos de mejora de la calidad basados en las nociones de la observación de Nightingale. Los conceptos de

relación (enfermera, paciente y entorno) siguen aplicándose a todos los ámbitos de la enfermería actual. Por tanto, cumplen el criterio de generalidad.

Precisión empírica

Los conceptos y las relaciones de la teoría de Nightingale suelen mencionarse implícitamente y se presentan como verdades más que como afirmaciones provisionales o aún no demostradas. A diferencia de la investigación cuantitativa sobre mortalidad que realizó en Crimea, Nightingale dijo que las enfermeras de su época debían basar su práctica en las observaciones y experiencias. Sus conceptos son trasladables a estudios con los enfoques cualitativos de hoy, y también a métodos cuantitativos.

Consecuencias deducibles

De un modo extraordinario, los escritos de Nightingale llevan a la enfermera a actuar a favor del paciente y de ella misma. Estas directrices comprenden las áreas de la práctica, la investigación y la formación. Los principios para dar forma a la práctica enfermera son los más específicos. Anima a las enfermeras a dar a los médicos «no su opinión respetuosa, sino hechos» (Nightingale, 1969, pág. 122). De modo similar, recomendó que «si no puede adquirir la costumbre de la observación de un modo u otro, es mejor que no sea enfermera, ya que no debe ser su vocación, aunque tenga buena intención y sienta el ansia» (Nightingale, 1969, pág. 113).

La visión que Nightingale tenía de la humanidad era coherente con su teoría de enfermería. Creía en una humanidad universal y creativa, poseedora del potencial y la capacidad para crecer y cambiar (Dossey, 2000; Hektor, 1994; Palmer, 1977). Profundamente religiosa, veía la enfermería como un modo de realizar la voluntad de Dios. El entusiasmo y el convencimiento profundo de conocer la verdad que posee todo reformador podrían explicar algunas de sus creencias y las prácticas que recomendaba. Finalmente, el período histórico y el lugar en el que vivió (Inglaterra victoriana) deben tenerse en cuenta para comprender e interpretar sus opiniones.

Los principios básicos de Nightingale sobre la manipulación del entorno y el cuidado del paciente pueden aplicarse a la enfermería

actual. Aunque se le puede criticar, su teoría y sus principios son pertinentes para la identidad y la práctica de los profesionales enfermeros.

Las afirmaciones y observaciones que hizo Nightingale en *Notes on Nursing* pueden tener un gran significado para el mundo de la enfermería actual. Vidrine et al. (2002) han identificado una de estas observaciones como una teoría rectora para su trabajo con psicoterapia equina en grupo: «Una pequeña mascota a menudo es una excelente compañía para los enfermos, especialmente en casos crónicos» (Nightingale, 1969, pág. 102). Aunque un caballo no puede clasificarse como «animal pequeño en la habitación de un enfermo», estos autores han observado que su terapia es satisfactoria en sus pacientes. Desde luego, Nightingale es un testimonio de su propia teoría; se cuenta que tuvo 60 gatos durante su vida (estuvo enferma de forma crónica gran parte de su vida adulta y vivió hasta los 90 años).

Resumen

Florence Nightingale es una figura única en la historia mundial. Su imagen apareció en el billete de 10 libras inglés durante 100 años. Ninguna otra mujer ha sido y es todavía venerada como un icono por tanta gente en tantos lugares diversos. Son pocas las figuras que siguen suscitando interés, controversia e interpretación tanto de sus vidas como de su trabajo. La profesión enfermera continúa considerándola la fundadora de la enfermería moderna.

Nightingale definió las habilidades, las conductas y el conocimiento enfermero necesarios para la enfermería. Algunos de estos descriptores sirven a la profesión enfermera en la actualidad, aunque sus orígenes probablemente no son conocidos por las enfermeras actuales.

Debido a los cambios científicos y sociales que se han producido a nivel mundial, se han rechazado algunas de sus observaciones solo para ver, después de un análisis más ajustado, que sus creencias, la filosofía y las observaciones de base siguen siendo válidas. Nightingale no intentó desarrollar lo que se considera una teoría de enfermería de forma consciente; proporcionó las primeras definiciones a partir de las cuales las enfermeras podrían desarrollar una teoría y los modelos y marcos conceptuales que

informen a la enfermería profesional actual. Otros profesionales la identifican cada vez más como su matriarca; los matemáticos la veneran por su destacado trabajo en estadística, y los epidemiólogos, los profesionales de la salud pública y los trabajadores sociales encuentran el origen de sus disciplinas en sus descripciones de las personas que fomentan la salud y previenen enfermedades; los sociólogos reconocen su función de líder a la hora de definir las comunidades y sus enfermedades sociales y de trabajar para corregir problemas sociales como vía para mejorar la salud de sus miembros.

En el centenario de su muerte, las comunidades de enfermería de todo el mundo dedicaron una especial atención a su vida y su obra. En particular, el *Journal of Holistic Nursing* publicó varios artículos (citados en este capítulo). Merece una mención especial el artículo de Beck (2010), que identificó siete recomendaciones para la práctica de enfermería del siglo XXI basadas en la filosofía de Nightingale y reclamó con fuerza y contundencia que los profesionales de enfermería de todo el mundo emularan el trabajo de esta eminente personalidad de la enfermería.

Las enfermeras, tanto estudiantes como profesionales, deberían conocer sus escritos originales y revisar los muchos libros y documentos de los que se dispone (McDonald, 2001-2012). Releer *Notes on Nursing* puede ponerle de manifiesto nuevas e inspiradoras ideas, y pueden ofrecer una rápida ojeada a su irónico sentido del humor. La lógica y el sentido común que abarcan sus escritos pueden servir para estimular el pensamiento productivo para la enfermera individual y para la profesión enfermera. Emular la vida de Nightingale es convertirse en un buen ciudadano y líder de la comunidad, el país y el mundo. Nada más cierto que Nightingale se merece las consideraciones de fundadora brillante y creativa de la enfermería moderna y de primera teórica enfermera. ¿Qué opinaría Nightingale de la enfermería actual? Independientemente de lo que opinase, sin duda proporcionaría un análisis y una crítica objetivos, lógicos y reveladores.

Caso clínico

Tiene una paciente de 82 años hospitalizada desde hace algunas semanas por unas quemaduras que sufrió en las piernas, según ella

a causa de un accidente en la cocina. Antes de su ingreso, vivía sola en un piso pequeño. Cuando ingresó dijo que no tenía familia cercana. Parece que su sistema de soporte lo constituyen otras personas mayores que viven en su vecindario. Debido a sus dificultades de transporte, no pueden visitarla con frecuencia. Una vecina comenta que está cuidando al perro de la paciente, un yorkshire terrier, y suplica que le permitan llevárselo al hospital. Le cuenta que ninguna otra enfermera le ha hecho caso cuando se lo ha pedido. Cuando pregunta acerca de ello, empieza a llorar y a decir que nunca han estado separados. Recuerda que el personal expresó su preocupación por el bienestar de la mujer en el comunicado de la mañana. Le dijeron que había estado comiendo muy poco y que parecía estar deprimida.

1. A partir del trabajo de Nightingale, identifique intervenciones específicas que podría proporcionar en el cuidado de esta paciente.
2. Describa qué acción debería realizarse, si realiza alguna, respecto a la visita de su perro. Comente la base teórica de su decisión y de su acción basándose en su comprensión del trabajo de Nightingale.
3. Describa y explique qué diagnósticos enfermeros realizará y qué intervenciones debería iniciar para manejar el estado nutricional y el bienestar emocional.
4. Como enfermera principal de esta paciente, identifique y explique la planificación que debería llevarse a cabo respecto a su alta del hospital. Identifique a los miembros del equipo de alta y sus funciones en este proceso. Describa qué aconsejaría a esta paciente a partir de las observaciones y de las descripciones de Nightingale del papel de la enfermera.

Actividades de pensamiento crítico

1. Su comunidad está en riesgo de sufrir un tipo concreto de catástrofe natural (p. ej., tornados, inundaciones, huracanes, terremotos). Utilice los principios y las observaciones de Nightingale para desarrollar un plan de emergencia para uno de estos sucesos. Defina los elementos que debería

incluir en el plan.

2. Utilizando los conceptos de Nightingale de *ventilación, luz, ruido* e *higiene,* analice el centro en el que ejerce la práctica enfermera como empleado o estudiante.
3. Suponga que participa en un proyecto de mejora de la calidad en su centro de trabajo. Comparta cómo desarrollaría las ideas que presentaría al grupo basándose en un enfoque de Nightingale.

Referencias para ampliar conocimientos

- Florence Nightingale: *The nurse theorists: Portraits of excellence,* The Helene Fuld Health Trust (1990), Studio Three Productions, una división del Samuel Merritt College, Oakland, CA. (Vídeo/DVD disponible en Fitne, Inc., Athens, OH.)
- McDonald, L. (Ed.). (2001–2012). *The collected works of Florence Nightingale.* Ontario, Canada: Wilfred Laurier University (WLU) Press. Extraído de http://www.sociology.uoguelph.ca/fnightingale.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not.* New York: Dover (publicado por primera vez en 1859).
- *The Florence Nightingale Museum.* Extraído de http://www.florence-nightingale.co.uk.

Bibliografía

Agnew LR. Florence Nightingale, statistician. *American Journal of Nursing*. 1958;58:644.

Ashley JA. *Hospitals, paternalism, and the role of the nurse*. New York: Teachers College Press; 1976.

Beck DM. Expanding our Nightingale horizon: Seven recommendations for 21st century nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(4):317–326.

Burkhart L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Research*. 2008;18(7):928–938.

Burnes-Bolton L, Goodenough A. A Magnet nursing service approach to nursing's role in quality improvement. *Nursing Administration Quarterly*.

2003;27(4):344–354.

Butterfield P. Integrating environmental health into clinical nursing. *Journal of the New York State Nurses Association*. 1999;30(1):24–27.

Chinn P, Kramer M. *Theory and nursing: A systematic approach*. 8th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2015.

Cohen IB. Florence Nightingale. *Scientific American*. 1984;250(3):128–137.

Cook ET. *The life of Florence Nightingale*. London: Macmillan; 1913.

Decker, B., & Farley, J.K. (1991, May/June). What would Nightingale say? *Nurse Educator*, 16(3), 12-13.

Dickens C. *Life and adventures of Martin Chuzzlewit*. London: New Oxford Press; 1987.

Dossey BM. *Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer*. Springhouse, PA: Springhouse; 2000.

Erlen JA. Patient safety, error reduction, and ethical practice. *Orthopaedic Nursing*. 2007;26(2):130–133.

Gropper EI. Florence Nightingale: Nursing's first environmental theorist. *Nursing Forum*. 1990;25(3):30–33.

Halsall, P. (1997). Modern history sourcebook: Florence Nightingale: rural hygiene. Retrieved from http://www.fordham.edu/halsall/mod/nightingale-rural.html.

Hardy M. Perspectives on nursing theory. *Advances in Nursing Science*. 1978;1:37–48.

Hektor M. Florence Nightingale and the women's movement: Friend or foe? *Nursing Inquiry*. 1994;1(1):38–45.

Helmstadter C. Doctors and nurses in the London teaching hospitals: Class, gender, religion, and professional expertise, 1850-1890. *Nursing History Review*. 1997;5:161–167.

Henry B, Woods S, Nagelkerk J. Nightingale's perspective of nursing administration. *Nursing and Health Care*. 1990;11(4):200–206.

Holliday ME, Parker DL. Florence Nightingale, feminism and nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;28:483–488.

Hoyt S. Florence Nightingale's contribution to contemporary nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;28(4):331–332.

Kalisch BJ, Kalisch PA. Heroine out of focus: Media images of Florence Nightingale. Part I: Popular biographies and stage productions. *Nursing and Health Care*. 1983;4(4):181–187.

Kalisch BJ, Kalisch PA. Heroine out of focus: Media images of Florence Nightingale. Part II: Film, radio, and television dramatizations. *Nursing and Health Care*. 1983;4(5):270–278.

Kalisch PA, Kalisch BJ. *The changing image of the nurse*. Menlo Park, CA:

Addison-Wesley; 1987.

Kennedy, M. (2007). Angel of mercy or power-crazed meddler? Unseen letters challenge view of pioneer nurse. Retrieved from http://www.guardian.co.uk/uk/2007/sep/03/health.healthandwellbeing/pı

Lannon SL. Leadership skills beyond the classic: Professional development classes for the staff nurse. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2007;38(1):17–21.

Longfellow HW. Santa Filomena. *Atlantic Monthly*. 1857;1(1):22–23.

Lorentzon M. Florence Nightingale as "mentor of matrons": Correspondence with Rachel Williams at St. Mary's Hospital. *Journal of Nursing Management*. 2003;11:266–274.

Macrae JA. *Nursing as a spiritual practice: A contemporary application of Florence Nightingale's views*. New York: Springer; 2001.

McCarthy DO, Ouimet ME, Daun JM. Shades of Florence Nightingale: Potential impact of noise stress on wound healing. *Holistic Nursing Practice*. 1991;5(4):39–48.

McDonald L, ed. *The collected works of Florence Nightingale*. Ontario, Canada: Wilfred Laurier University Press; 2001-2012.

McDonald L. *Florence Nightingale at First Hand*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier University Press; 2010.

McDonald L. Florence Nightingale: Passionate statistician. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(1):92–98.

McLaughlin A, McLaughlin B, Elliott J, Campalani G. Noise levels in a cardiac surgical intensive care unit: A preliminary study conducted in secret. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1996;12(4):226–230.

McPhaul KM, Lipscomb JA. Incorporating environmental health into practice. *AAO-HN Journal*. 2005;53(1):31–36.

Medeiros A, Enders B, De Carvalho Lira A. The Florence Nightingale's environmental theory: A critical analysis. *Escola Anna Nery*. 2015;19(3)doi: 10.5935/1414-8145. 20150069: Brazil.

Monteiro LA. Response in anger: Florence Nightingale on the importance of training for nurses. *Journal of Nursing History*. 1985;1(1):11–18.

Narayanasamy A, Narayanasamy M. Advancing nursing development and progression in nursing. *British Journal of Nursing*. 2007;16(7):384–388.

Neils PE. The influence of Nightingale rounding by the liaison nurse on surgical patient families with attention to differing cultural needs. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(4):235–243.

Nelson S. Pastoral care and moral government: Early nineteenth century nursing and solutions to the Irish question. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26:6–14.

Nightingale F. *Cassandra. Collected Works of Florence Nightingale (Vol. 11)*. Toronto: WLU Press; 1852.

Nightingale F. *Notes on hospitals: Being two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool, in October 1858. With evidence given to the Royal Commissioner on the state of the army in 1857*. London: John W. Park and Son; 1858.

Nightingale F. *Notes on matters affecting the health, efficiency, and hospital administration of the British army founded chiefly on the experience of the late war. Presented by request to the Secretary of State for War*. London: Harrison & Sons; 1858.

Nightingale F. *Report on measures adopted for sanitary improvements in India, from June 1870 to June 1871*. London: George Edward Eye and William Spottiswoode; 1871.

Nightingale F. *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover Publications; 1969.

O'Malley IB. *Life of Florence Nightingale, 1820-1956*. London: Butterworth; 1931.

Palmer IS. Florence Nightingale: Reformer, reactionary, researcher. *Nursing Research*. 1977;26:84–89.

Pope DS. Music, noise, and the human voice in the nurse-patient environment. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1995;27:291–295.

Robb E, Mackie S, Elcock K. Monitoring quality. *Nursing Management*. 2007;14(5):22–26.

Selanders L. Florence Nightingale: the evolution and social impact of feminist values in nursing. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(1):70–78.

Selanders L. The power of environmental adaptation: Florence Nightingale's original theory for nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(1):81–88.

Sessler A. Doing more than doing no harm: Nursing professionals turn their attention to the environment. *On-Call*. 1999;2(4):20–23.

Shaner-McRae H, McRae G, Jas V. Environmentally safe health care agencies: Nursing's responsibility, Nightingale's legacy. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2007;12(2):1.

Small H. *Avenging angel*. New York: St. Martin's Press; 1998.

Small, H. (2000). Florence Nightingale's 20th century biographies. Paper originally presented to the Friends of Florence Nightingale Museum, London. Retrieved from http://www.florence-nightingale-avenging-angel.co.uk/biograph.htm.

Small, H. (2008). Florence Nightingale, avenging angel (book review). Retrieved from http://www.florence-nightingale-avenging-

angel.co.uk/Nightingale.html.
Smith FB. *Florence Nightingale: Reputation and power*. New York: St. Martin; 1982.
Strachey L. *Eminent Victorians*. London: Chatto & Windus; 1918.
Straughair C. Exploring compassion: Implications for contemporary nursing. Part 1. *British Journal of Nursing*. 2012;21(3):160–164.
Tourville C, Ingalls K. The living tree of nursing theories. *Nursing Forum*. 2003;38(3):21–30.
Vidrine M, Owen-Smith P, Faulkner P. Equine-facilitated group psychotherapy: Applications for therapeutic vaulting. *Issues in Mental Health Nursing*. 2002;23:587–603.
Vincent C. *Patient safety*. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2005.
Wagner DJ, White B. An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(4):225–234.
Watson J. Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring-healing. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(1):107–108.
Weir-Hughes D. Reviewing nursing diagnoses. *Nursing Management*. 2007;14(5):32–35.
Welch M. Florence Nightingale—the social construction of a Victorian feminist. *Western Journal of Nursing Research*. 1990;12(3):404–407.
Woodham-Smith C. *Florence Nightingale*. New York: McGraw-Hill; 1951.
Wu L-F, Lin L-Y. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*. 2011;19(4):250–256.
Zborowsky T. The legacy of Florence Nightingale's environmental theory: Nursing research focusing on the impact of healthcare environments. *HERD*. 2014;7(4):19–34.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Nightingale F. *Letters from Miss Florence Nightingale on health visiting in rural districts*. London: King; 1911.
Nightingale F. *Selected writings*. New York: Macmillan; 1954: [Compiled by Lucy R. Seymer].
Nightingale F. *Notes on nursing*. Philadelphia: Lippincott; 1957: [Originally published in1859.].

Nightingale F. *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover; 1969.

Nightingale F. *Letters of Florence Nightingale in the history of nursing archive*. Boston: Boston University Press; 1974.

Nightingale F. *Notes on hospitals*. New York: Gordon; 1976.

Nightingale F. *Notes on nursing*. London: Duckworth; 1978.

Nightingale F. *Notes on nursing*. Philadelphia: Lippincott; 1992: [Commemorative edition with commentaries by contemporary nursing leaders.].

Artículos de revistas

Nightingale F. Trained nursing for the sick poor. *International Nursing Review*. 1930, July;5:426–433.

Nightingale F. Maternity hospital and midwifery school. *Nursing Mirror*. 1954, May;99: ix–xi, 369.

Nightingale F. The training of nurses. *Nursing Mirror*. 1954;99:iv–iv10.

Fuentes secundarias

Libros

Aiken CA. *Lessons from the life of Florence Nightingale*. New York: Lakeside; 1915.

Aldis M. *Florence Nightingale*. New York: National Organization for Public Health Nursing; 1914.

Andrews MR. *A lost commander*. Garden City, NY: Doubleday; 1929.

Baly ME. *Florence Nightingale: The nursing legacy*. New York: Methuen; 1986.

Barth RJ. *Fiery angel: The story of Florence Nightingale*. Coral Gables, FL: Glade House; 1945.

Bishop WJ. *A bio-bibliography of Florence Nightingale*. London: Dawson's of Pall Mall; 1962.

Boyd N. *Three Victorian women who changed their world*. New York: Oxford; 1982.

Bull A. *Florence Nightingale*. North Pomfret, VT: David and Charles; 1985.

Bullough VL, Bullough B, Stanton MP, eds. *Florence Nightingale and her era: A collection of new scholarship*. New York: Garland; 1990.

Calabria M, Macrae J, eds. *Suggestions for thought by Florence Nightingale: Selections and commentaries*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1994.

Collins D. *Florence Nightingale*. Milford, MI: Mott Media; 1985.

Columbia University Faculty of Medicine and Department of Nursing.

Catalogue of the Florence Nightingale collection. New York: Author; 1937.

Cook ET. *The life of Florence Nightingale*. London: Macmillan; 1913.

Cook ET. *A short life of Florence Nightingale*. New York: Macmillan; 1941.

Cope Z. *Florence Nightingale and the doctors*. Philadelphia: Lippincott; 1958.

Cope Z. *Six disciples of Florence Nightingale*. New York: Pitman; 1961.

Davies C. *Rewriting nursing history*. London: Croom Helm; 1980.

Dossey BM. *Florence Nightingale: mystic, visionary, healer*. Springhouse, PA: Springhouse; 2000.

Editors of RN. *Florence Nightingale: Rebel with a cause*. Oradell, NJ: Medical Economics; 1970.

French Y. *Six great Englishwomen*. London: H. Hamilton; 1953.

Goldie S. *I have done my duty: Florence Nightingale in the Crimea War, 1854-1856*. London: Manchester University Press; 1987.

Goldsmith ML. *Florence Nightingale: The woman and the legend*. London: Hodder and Stoughton; 1937.

Gordon R. *The private life of Florence Nightingale*. New York: Atheneum; 1979.

Hall EF. *Florence Nightingale*. New York: Macmillan; 1920.

Hallock GT, Turner CE. *Florence Nightingale*. New York: Metropolitan Life Insurance Company; 1928.

Herbert RG. *Florence Nightingale: Saint, reformer, or rebel?* Melbourne, FL: Krieger; 1981.

Holmes, M. (n.d.). *Florence Nightingale: A cameo lifesketch*. London: Woman's Freedom League.

Huxley EJ. *Florence Nightingale*. London: Putnam; 1975.

Hyndman JA. *Florence Nightingale: Nurse to the world*. Cleveland, OH: World; 1969.

Keele J, ed. *Florence Nightingale in Rome*. Philadelphia: American Philosophical Society; 1981.

Lammond D. *Florence Nightingale*. London: Duckworth; 1935.

Macrae JA. *Nursing as a spiritual practice: A contemporary application of Florence Nightingale's views*. New York: Springer; 2001.

McDonald L. *Florence Nightingale at first hand*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier University Press; 2010.

Miller BW. *Florence Nightingale: The lady with the lamp*. Grand Rapids, MI: Zondervan; 1947.

Miller M. *Florence Nightingale*. Minneapolis: Bethany House; 1987.

Mosby CV. *Little journey to the home of Florence Nightingale*. New York: Mosby; 1938.

Muir DE. *Florence Nightingale*. Glasgow: Blackie and Son; 1946.

Nash R. *A sketch for the life of Florence Nightingale*. London: Society for Promoting Christian Knowledge; 1937.

O'Malley IB. *Life of Florence Nightingale, 1820-1856*. London: Butterworth; 1931.

Pollard E. *Florence Nightingale: The wounded soldiers' friend*. London: Partridge; 1902.

Presbyterian Hospital School of Nursing. *Catalogue of the Florence Nightingale collection*. New York: Author; 1937.

Quiller-Couch AT. *Victor of peace*. New York: Nelson; 1927.

Quinn V, Prest J, eds. *(1987). Dear Miss Nightingale: A selection of Benjamin Jowett's letters to Florence Nightingale*. Oxford: Clarendon Press; 1860-1893.

Rappe EC. *God bless you, my dear Miss Nightingale*. Stockholm: Almqvist och Wiksell; 1977.

Sabatini R. *Heroic lives*. Boston: Houghton; 1934.

Saint Thomas's Hospital. *The Nightingale training school: St. Thomas's Hospital, 1860-1960*. London: Author; 1960.

Selanders LC. *Florence Nightingale: An environmental adaptation theory*. Newbury Park, CA: Sage; 1993.

Seymer LR. *Florence Nightingale*. New York: Macmillan; 1951.

Shor D. *Florence Nightingale*. Lexington, NH: Silver; 1987.

Small H. *Avenging angel*. New York: St. Martin's Press; 1998.

Smith FB. *Florence Nightingale: Reputation and power*. New York: St. Martin's Press; 1982.

Stark M. *Introduction to Cassandra: An essay by Florence Nightingale*. Old Westbury, NY: Feminist Press; 1979.

Stephenson GE. *Some pioneers in the medical and nursing world*. Shanghai: Nurse Association of China; 1924.

Strachey L. *Eminent Victorians*. London: Chatto & Windus; 1918.

Tooley SA. *The life of Florence Nightingale*. New York: Macmillan; 1905.

Turner D. *Florence Nightingale*. New York: Watts; 1986.

Vicinus M, Nergaard B. *Ever yours, Florence Nightingale*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1990.

Wilson WG. *Soldier's heroine*. Edinburgh: Missionary Education Movement; 1940.

Woodman-Smith C. *Florence Nightingale*. New York: Atheneum; 1983.

Woodham-Smith CB. *Florence Nightingale, 1820-1910*. New York: McGraw-Hill; 1951.

Woodham-Smith CB. *Lonely crusader: The life of Florence Nightingale, 1820-*

1910. New York: Whittlesey House; 1951.

Woodham-Smith CB. *Lady-in-chief*. London: Methven; 1956.

Woodham-Smith CB. *Florence Nightingale, 1820-1910*. London: Collins; 1977.

Tesis doctorales no publicadas

Hektor, L.M. (1992). *Nursing, science, and gender: Florence Nightingale and Martha E. Rogers*. Unpublished doctoral dissertation, University of Miami, Miami.

Newton, M.E. (1949). *Florence Nightingale's philosophy of life and education*. Unpublished doctoral dissertation, Stanford University, Stanford, CA.

Selanders, L.C. (1992). *An analysis of the utilization of power by Florence Nightingale*. Unpublished doctoral dissertation, Western Michigan University, Kalamazoo, MI.

Tschirch, P. (1992). *The caring tradition: Nursing ethics in the United States, 1890–1915*. Unpublished doctoral dissertation, The University of Texas at Galveston, Graduate School of Biomedical Science, Galveston, TX.

Artículos de revistas

A criticism of Miss Florence Nightingale. (1907, Feb.). *Nursing Times, 3*, 89.

Address by the Archbishop of York. (1970, May). Florence Nightingale. Nursing Times, 66, 670.

Address given at fiftieth anniversary of founding by Florence Nightingale of first training school for nurses at St. Thomas's Hospital, London, England. (1911, Feb.). *American Journal of Nursing, 11*, 331–361.

A passionate statistician. (1931, May). *American Journal of Nursing, 31*, 566.

Attewell A. Florence Nightingale's relevance to nurses. *Journal of Holistic Nursing*. 1998;16:281–291.

Baly M. Shattering the Nightingale myth. *Nursing Times*. 1986;82(24):16–18.

Baly, M.E. (1969, Jan.). Florence Nightingale's influence on nursing today. *Nursing Times, 65*(Suppl.), 1-4.

Barber, E.M. (1935, July). A culinary campaign. *Journal of the American Dietetic Association*, 11, 89-98.

Barber JA. Concerning our national honour: Florence Nightingale and the welfare of Aboriginal Australians. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*. 1999;6(1):36–39.

Barker ER. Caregivers as casualties: War experiences and the postwar consequences for both Nightingale- and Vietnam-era nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 1989, Oct;11:628–631.

Barritt ER. Florence Nightingale's values and modern nursing education. *Nursing Forum*. 1973;12:7–47.

Berentson, L. (1982, April/May). Florence Nightingale: Change agent.

Registered Nurse, 6(2), 3, 7.

Bishop WJ. Florence Nightingale's letters. *American Journal of Nursing*. 1957;57(5):607.

Bishop, W.J. (1960, May). Florence Nightingale's message for today. *Nursing Outlook, 8*, 246.

Blanc E. Nightingale remembered: Reflections on times past. *California Nurse*. 1980;75(10):7.

Blanchard, J. R. (1939, June). Florence Nightingale: A study in vocation. *New Zealand Nursing Journal, 32*, 193–197.

Boylen, J. O. (1974, April). The Florence Nightingale–Mary Stanley controversy: Some unpublished letters. *Medical History, 18*(2), 186–193.

Bridges, D. C. (1954, April). Florence Nightingale centenary. *International Nurses Review, 1*, 3.

Brow, E. J. (1954, April). Florence Nightingale and her international influence. *International Nursing Review, 1*, 17–19.

Brown E. Nightingale's values live on. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*. 2000;6(3):31.

Carlisle D. A nightingale sings: Florence Nightingale: Unknown details of her life story. *Nursing Times*. 1989;85(50):38–39.

Charatan FB. Florence Nightingale: The most famous nurse in the world. *Today's OR Nurse*. 1990;12(2):25–30.

Cherescavich G. Florence, where are you? *Nursing Clinics of North America*. 1971;6(2):217–223.

Choa, G.H. (1971, May). Speech by Dr. the Hon. G. H. Choa at the Florence Nightingale Day Celebration on Wednesday, 12th May, 1971, at City Hall, Hong Kong. *Nursing Journal, 10*, 33–34.

Clayton, R.E. (1974, April). How men may live and not die in India: Florence Nightingale. *Australian Nurses Journal, 2*(33), 10–11.

Coakley ML. Florence Nightingale: A one-woman revolution. *Journal of Christian Nursing*. 1989;6(1):20–25.

Cohen S. Miss Loane, Florence Nightingale, and district nursing in late Victorian Britain. *Nursing History Review*. 1997;5:83–103.

de Guzman, G. (1935, July). Florence Nightingale. *Filipino Nurse, 10*, 10–14.

Dennis, K. E., & Prescott, P. A. (1985). Florence Nightingale: Yesterday, today, and tomorrow. *Advances in Nursing Science, 7*(2), 66–81.

de Tornayay, R. (1976). Past is prologue: Florence Nightingale. *Pulse, 12*(6), 9–11.

Dwyer, B. A. (1937, Jan.). The mother of our modern nursing system. *Filipino Nurse, 12*, 8–10.

Florence Nightingale: Rebel with a cause. (1970, May). *Registered Nurse, 33*, 39–55

Florence Nightingale: The original geriatric nurse. (1980). *Oklahoma Nurse, 25*(4), 6.

Gibbon C. The influence of Florence Nightingale's image on Liverpool nurses 1945-1995. *International History of Nursing Journal*. 1997;2(3):17–26.

Gordon JE. Nurses and nursing in Britain. *21. The work of Florence Nightingale. I. For the health of the army. Midwife Health Visitor and Community Nurse*. 1972;8(10):351–359.

Gordon, J.E. (1972, Nov.). Nurses and nursing in Britain. 22. The work of Florence Nightingale. II. The establishment of nurse training in Britain. *Midwife Health Visitor and Community Nurse, 8*(11), 391-396.

Gordon, J.E. (1973, Jan.). Nurses and nursing in Britain. 23. The work of Florence Nightingale. III. Her influence throughout the world. *Midwife Health Visitor and Community Nurse, 9*(1), 17-22.

Hoole L. Florence Nightingale must remain as nursing's icon. *British Journal of Nursing*. 2000;4:189.

Ifemesia CC. Florence Nightingale (1820-1910). *Nigerian Nurse*. 1976;8(3):26–34.

Kelly LY. Our nursing heritage: Have we renounced it? (Florence Nightingale). *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1976;8(3):43–48.

Large JT. Florence Nightingale: A multifaceted personality. *Nursing Journal of India*. 1985;76(5):110–114.

LeVasseur J. Student scholarship: Plato, Nightingale, and contemporary nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30:281–285.

Light KM. Florence Nightingale and holistic philosophy. *Journal of Holistic Nursing*. 1997;15(1):25–40.

Macmillan K. Brilliant mind gave Florence her edge: Florence Nightingale. *Registered Nurse*. 1994;6(2):29–30.

Macrae, J. (1995, Spring). Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 27*(1), 8-10.

McDonald L. Florence Nightingale: Passionate statistician. *Journal of Holistic Nursing*. 1998;16:267–277.

Monteiro LA. Response in anger: Florence Nightingale on the importance of training for nurses. *Journal of Nursing History*. 1985;1(1):11–18.

Rabstein C. Patron saint or has-been? Role models: Is Florence Nightingale holding us back? *Nursing*. 2000;30(1):8.

Selanders LC. Florence Nightingale: The evolution and social impact of feminist values in nursing. *Journal of Holistic Nursing*. 1998;16(2):227–243.

Selanders LC. The power of environmental adaptation: Florence Nightingale's original theory for nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 1998;16:247–263.

Sparacino PSA. Clinical practice: Florence Nightingale: a CNS role model. *Clinical Nurse Specialist*. 1994;8(2):64.

Stronk K. Florence Nightingale: Mother of all nurses. *Journal of Nursing Jocularity*. 1997;7(2):14.

Watson J. Reflections: Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring. *Journal of Holistic Nursing*. 1998;16:292–294.

Welch M. Nineteenth-century philosophic influences on Nightingale's concept of the person. *Journal of Nursing History*. 1986;1(2):3–11.

Wheeler W, Walker M. Florence: Death of an icon: Florence Nightingale. *Nursing Times*. 1999;95(19):24–26.

Widerquist JG. The spirituality of Florence Nightingale. *Nursing Research*. 1992;41(1):49–55.

Widerquist JG. Sanitary reform and nursing: Edwin Chadwick and Florence Nightingale. *Nursing History Review*. 1997;5:149–160.

Williams B. Florence Nightingale: A relevant heroine for nurses today? *California Nurse*. 2000;96(1): 9, 27.

[*] Autoras anteriores: Karen R. de Graff, Ann Marriner Tomey, Cynthia L. Mossman y Maribeth Slebodnik.

7

Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson

Danny G. Willis

Danielle M. Leone-Sheehan[*]

«Somos la luz en la oscuridad institucional y en este modelo conseguimos volver a ser la luz de nuestra humanidad.»
(Jean Watson, 2012)

Jean Watson
(1940-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Margaret Jean Harman Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, nació y creció en la pequeña ciudad de Welch, Virginia Occidental. Como benjamina de una familia de ocho hijos, estuvo rodeada de una extensa comunidad familiar.

Watson fue al instituto en Virginia Occidental y a la Facultad de Enfermería Lewis Gale en Roanoke, Virginia. Tras su graduación en 1961, contrajo matrimonio con Douglas Watson y se desplazó al estado natal de su marido, Colorado. Douglas, al que Watson describe como pareja espiritual y física y mejor amigo, falleció en

1998. Tiene dos hijas adultas, Jennifer y Julie, y cinco nietos. Jean reside en Boulder, Colorado.

Después de trasladarse a Colorado, Watson siguió su formación en Enfermería en la University of Colorado. Obtuvo el grado de licenciada en Enfermería en 1964, el grado de máster en 1966, y el doctorado en Psicología y Asesoramiento en Educación en 1973. Tras terminar el doctorado, se incorporó a la Facultad de Enfermería del University of Colorado Health Sciences Center, donde ejerció funciones tanto docentes como administrativas. En 1981 y 1982 hizo unos estudios sabáticos internacionales en Nueva Zelanda, Australia, la India, Tailandia y Taiwán; en 2005 completó, a pie, la peregrinación del camino de Santiago, en España.

En los años ochenta, Watson et al. crearon el Center for Human Caring en la University of Colorado, que es el primer centro interdisciplinario a nivel nacional que usaba los conocimientos sobre el cuidado humano para la práctica clínica, la formación, la administración y el liderazgo (Watson, 1986). En este centro, Watson patrocinó, entre otras personas, las actividades clínicas, formativas y comunitarias que permitieron formar a residentes nacionales e internacionales, además de compañeros internacionales de todo el mundo, en Australia, Brasil, Canadá, Corea, Japón, Nueva Zelanda, el Reino Unido, Escandinavia, Tailandia y Venezuela, entre otros.

La ciencia del cuidado de Watson evolucionó y se creó el Watson Caring Science Institute (WCSI) a partir de los esfuerzos iniciales representados en el Center for Human Caring. El WCSI es una organización sin ánimo de lucro que busca la evolución de la ciencia del cuidado dentro de los programas y proyectos del Global World Caring Science. El Watson Caring Science Center establecido en la University of Colorado es un centro interdisciplinario para enfermeras y profesionales sanitarios. Este centro tiene una colaboración con el WCSI, reflejo de su alineación operativa y filosófica. Dentro de las iniciativas de la University of Colorado en el seno de la ciencia del cuidado de Watson, recientemente se ha establecido la cátedra Watson sobre la ciencia del cuidado en dicha universidad (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016).

Dentro de la Facultad de Enfermería de la University of Colorado, Watson fue directora y vicedecana del programa de

grado, introdujo el programa de doctorado en Enfermería y fue directora del mismo de 1978 a 1981. Watson fue decana de la Facultad de Medicina de la University of Colorado y directora asociada de prácticas en enfermería en el hospital universitario entre 1983 y 1990. Como decana, desarrolló un programa formativo sobre cuidado humano, salud y curación para posgraduados en enfermería, que fue el origen del doctorado en Enfermería (ND, *Nursing Doctorate*), un doctorado clínico, que posteriormente se convirtió en el doctorado en Enfermería de Práctica Avanzada (DNP, *Doctor of Nursing Practice*) en 2005.

Watson ha participado en muchos programas comunitarios como fundadora y miembro del consejo director del Boulder County Hospice y otros muchos centros de salud del área. Watson ha recibido becas de investigación y formación federales, numerosas becas universitarias y privadas, y también fondos externos para proyectos y programas formativos en cuidado humano.

Ha recibido numerosos premios y reconocimientos en universidades nacionales e internacionales y en otras organizaciones, incluidos grados honoríficos, puestos de dirección acortados y pago por su trabajo y servicio continuo. Es poseedora de 13 grados honorarios, nueve otorgados por universidades internacionales, como la Göteborg University en Suecia, la Luton University de Londres y la University of Montreal en Quebec, Canadá. En 2015 recibió un doctorado *honoris causa* en la Erciyes University de Kayseri, Turquía (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016). En 1993 recibió el Premio Martha E. Rogers de la National League for Nursing (NLN). Entre 1993 y 1996, Watson fue parte del comité ejecutivo y órgano de gobierno de la NLN, donde sirvió como presidenta desde 1995 a 1996. En 1997, la NLN le otorgó un certificado de enfermera holística honoraria a perpetuidad.

La Facultad de Enfermería de la University of Colorado nombró a Watson profesora distinguida en 1992; en 1998, la New York University le otorgó el Premio de Enfermera Distinguida, y en 1999 obtuvo el Premio Norman Cousins nacional del Fetzer Institute en reconocimiento de su compromiso con el desarrollo, el mantenimiento y la ejemplificación de las prácticas de cuidado centradas en las relaciones (Watson, comunicación personal, 14 de

agosto de 2000). En 1999, Watson asumió la cátedra Murchison-Scoville de Ciencia del Cuidado de la University of Colorado. En 2015 le otorgaron el Premio de Cuidados Compasivos en Medicina del Helene Hildebrand Center de la Notre Dame University, y también recibió un reconocimiento por parte de la Academy of Integrative Healing Medicine. En 2016, las Naciones Unidas reconocieron también su tarea en la 60th Session on Commission of Women a través de la Nightingale Global Health Initiative. También en este año fue nombrada profesora emérita honoraria de la International Society for Caring and Peace en Japón (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016).

Watson ha trabajado como profesora o profesora invitada en distintas universidades nacionales, como el Boston College, la Catholic University, la Adelphi University, el Columbia University-Teachers College y la State University of New York, y también en universidades de muchos países extranjeros. Entre sus actividades internacionales están una International Kellogg Fellowship en Australia (1982), una beca de investigación y docencia Fullbright en Suecia y otras zonas de Escandinavia (1991), y un ciclo de conferencias en el Reino Unido (1993). Watson ha participado en proyectos internacionales y ha sido invitada a Nueva Zelanda, la India, Tailandia, Taiwán, Israel, Japón, Venezuela y Corea. Su nombre se menciona al menos en 20 cintas de audio o vídeo, o en CD de distribución nacional sobre la teoría de la enfermería, algunos de los cuales se recogen en las referencias para ampliar conocimientos al final del capítulo.

Jean Watson es autora de 11 libros y coautora de otros 9, y ha publicado innumerables artículos en revistas de enfermería e interdisciplinarios. Las siguientes publicaciones reflejan su teoría del cuidado.

Su primera obra, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979), fue reimpresa en 1985 y traducida al coreano y al francés. Los 11 factores curativos de Yalom llevaron a Watson a utilizar 10 factores «cuidativos» como esquema organizador de su obra (Watson, 1979), «central para la enfermería» (pág. 9) y un ideal moral. El primer trabajo de Watson se centraba en 10 factores de cuidado, pero evolucionó hasta incluir la «caridad», de forma que estableció conexiones explícitas entre el cuidado y el amor en la

edición revisada de su obra clave de 2008.

Su segunda obra, *Nursing: Human Science and Human Care—A Theory of Nursing* (1985), reeditada en 1988 y 1999, aborda sus problemas conceptuales y filosóficos con la enfermería. Esta obra se ha traducido al chino, alemán, japonés, coreano, sueco, noruego y danés.

Su tercer libro, *Postmodern Nursing and Beyond* (1999), presentaba un modelo para la práctica de la enfermería en el siglo XXI. Watson describe en esta obra dos acontecimientos personales que cambiaron su vida y determinaron su redacción. En 1997 perdió el ojo izquierdo de forma accidental, y poco después, en 1998, su marido falleció. Watson afirma que «trató de integrar estas heridas en su vida y su trabajo. Uno de los regalos que trajo el sufrimiento fue el privilegio de poder experimentar y recibir mi propia teoría a través del cuidado de mi marido y queridas compañeras enfermeras y otros colaboradores» (Watson, comunicación personal, 31 de agosto de 2000). Esta tercera obra se ha traducido al portugués y al japonés. Su cuarta obra, *Instruments for Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences* (2002), recoge un conjunto de 21 instrumentos para valorar y medir los cuidados y recibió el Premio al Libro del Año del *American Journal of Nursing*.

Su quinto libro, *Caring Science as Sacred Science* (2005), describe su viaje personal orientado a mejorar los conocimientos sobre la ciencia del cuidado, la práctica espiritual, el concepto y práctica del cuidado, y el trabajo en cuidado-curación. En esta obra presenta al lector experiencias que le inducen a pensar y trata de reflejar la naturaleza sagrada de la enfermería, destacando los aspectos de la reflexión interna profunda y el crecimiento personal, las habilidades de comunicación, el uso del crecimiento transpersonal y la atención a la ciencia del cuidado y la curación a través del perdón, la gratitud y la redención. Fue premiado como Libro del año por el *American Journal of Nursing* en 2005.

Sus obras más recientes son *Measuring Caring: International Research on Caritas as Healing* (Nelson y Watson, 2011); *Creating a Caring Science Curriculum* (Hills y Watson, 2011); *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (Watson, 2012), y *Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson's Human Caring Theory* (Sitzman y Watson, 2013).

Fuentes teóricas

El trabajo de Watson se ha denominado filosofía, plan, ética, paradigma, cosmología, tratado, modelo conceptual, marco de referencia y teoría (Watson, 1996). Watson (1988) define *teoría* como «una agrupación imaginativa de conocimientos, ideas y experiencia que se representan de forma simbólica y tratan de arrojar luz sobre un fenómeno determinado» (pág. 1). Insiste en el significado latino de *teoría* como «ver», y llega a la conclusión de que «(la ciencia humana) es una teoría, porque me ayuda "a ver" de una forma más amplia (clara)» (pág. 1). Watson reconoce una orientación fenomenológica, existencia y espiritual de las ciencias y las humanidades, y una guía intelectual y filosófica basada en las teorías feministas, la metafísica, la fenomenología, la física cuántica, las tradiciones de la sabiduría popular, la filosofía perenne y el budismo (Watson, 1995, 1997, 1999, 2005, 2008, 2012). Como fuente de su teoría menciona las filosofías y teóricos de la enfermería, entre los que destacan Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers y Newman, además del trabajo de Gadow, un filósofo de la enfermería y experto en ética en la asistencia sanitaria (Watson, 1985, 1997, 2005, 2012).

Watson atribuye a Carl Rogers y otros autores más recientes que han trabajado en la psicología transpersonal su énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de la congruencia, la empatía y la calidez. Watson destaca que el abordaje fenomenológico de Carl Rogers se basa en que las enfermeras no están para manipular y controlar a los demás, sino para comprenderlos, algo que tuvo una influencia muy profunda en una época en la que la «clinicalización» (control terapéutico y manipulación del paciente) se consideraba la norma (Watson, comunicación personal, 31 de agosto de 2000). En su obra *Caring Science as Sacred Science,* Watson (2005) reconoce que los conocimientos del filósofo francés Emmanuael Levinas (1969) y el filósofo danés Knud Løgstrup (1995) representan la base de su trabajo.

Los principales conceptos de Watson incluyen los 10 factores de cuidado (v. tabla 7.1 y cuadro «Principales conceptos y definiciones») y también la relación de curación y cuidado

transpersonal, el momento de cuidado, la ocasión de cuidado, las modalidades de curación-cuidado, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia del cuidado y la conciencia unitaria/del fenómeno. Watson amplió los factores de cuidado para incluir la *caridad* y tradujo los factores originales de cuidado en procesos de caridad clínica, que se planteaban como vías abiertas que se podían tener en consideración (v. tabla 7.1).

Tabla 7.1

Factores de cuidado y procesos de caridad

Factores de cuidado	Procesos de caridad
«La formación de un sistema de valores altruista-humanista»	«Práctica de la amabilidad amorosa y la ecuanimidad en el contexto de la conciencia de cuidado»
«Instilación de la fe-esperanza» «Cultivo de la sensibilidad sobre el propio yo y el de los demás»	«Estar auténticamente presente, ser facilitado y mantener un sistema de creencias profundo y la vida del mundo subjetivo de uno mismo y de las personas a las que se atiende»
«Desarrollo de una relación de ayuda-confianza»; convertirse en «autores de una relación de cuidado humano, de ayuda-confianza» (en la página web de Watson en 2004)	«Cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, ir más allá del propio ego» «Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidado basada en la auténtica ayuda-confianza»
«Fomento y aceptación de la expresión de sentimientos negativos y positivos» «Uso sistemático del método de resolución de problemas científico para la toma de decisiones»; conseguir «un uso sistemático del proceso de cuidado basado en una resolución de problemas creativa» (en la página web de Watson en 2004)	«Estar presente y fomentar la expresión de los sentimientos negativos y positivos como conexión con un espíritu más profundo y con el propio yo y el de las personas a las que se cuida» «Uso creativo del yo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado; participación en el arte de las prácticas de cuidado-curación» «Implicación en la experiencia de enseñanza-aprendizaje genuina, que atiende la unidad de ser y significado, tratando de permanecer dentro de los marcos de referencia de los demás»
«Fomento de la enseñanza-aprendizaje transpersonal» «Logro de un entorno mental, físico, social y espiritual de apoyo, protección y/o corrector» «Ayuda en la cobertura de las necesidades humanas» «Autorización de fuerzas existenciales-	«Creación de un entorno de curación a todos los niveles (físico y no físico, entorno sutil de energía y conciencia, en el que se potencia la plenitud, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz)»«Ayuda con las necesidades básicas con una conciencia de cuidado intencionada, que trata de administrar los "aspectos esenciales del cuidado humano", pero también potencia la alineación entre mente, cuerpo y espíritu, la plenitud y la unidad del ser en todos los aspectos del cuidado» «Apertura y atención a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la vida-muerte propia; cuidado

fenomenológicas»; fomento de la «autorización de las fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales» (en la página web de Watson en 2004)	del alma propia y de aquellos a los que se cuida»

Modificado de Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring* (pp. 9–10). Boston: Little, Brown (factores de cuidado), y Watson, J. (2008) *Nursing: The philosophy and science of caring. Revised & Updated Edition.* Boulder, CO: University Press of Colorado (procesos de caridad).

Watson (1999) describe que la base de su teoría es la «relación de cuidado transpersonal»; se trata de un «tipo especial de relación de cuidado humano –la unión con otra persona– con una especial consideración por la persona completa y su estar en el mundo» (pág. 63). El desarrollo y mantenimiento de la relación transpersonal se actualizan mediante la aplicación de los 10 procesos de caridad, que guían la relación y sientan las bases para la relación de cuidado-amor que es esencial en la práctica de la enfermería (Watson, 2008).

Principales conceptos y definiciones

Diez procesos de caridad

Watson basó originalmente su teoría de la práctica de la enfermería en 10 factores de cuidado. Desde la publicación inicial de su teoría, los factores se han convertido en lo que actualmente se describe como los 10 procesos de caridad, que incluyen una dimensión claramente espiritual y una evocación franca del amor y el cuidado (Watson, 2008). Un cambio esencial en el paso del cuidado a la caridad es la explicación de la conciencia de la caridad, que se define como «conciencia e intencionalidad», y que es la base de la enfermera caritativa (Watson, 2008, pág. 43). (Véanse en la tabla 7.1 los factores de cuidado originales y la interpretación del proceso de caridad.)

1. Cultivo de la práctica del amor-bondad y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás como base de la conciencia de la caridad.

Los valores humanistas y altruistas se aprenden en las primeras fases de la vida, pero pueden verse muy influidos por los profesores de Enfermería y la experiencia clínica. Este proceso se puede definir como la satisfacción de dar y la extensión del sentido del yo, y un aumento de la aceptación de la repercusión que el amor y el cuidado tienen sobre uno mismo y los demás (Watson, 2008).

2. Estar presente de verdad: posibilitar, mantener y hacer honor al sistema de confianza, esperanza y creencia profunda y al mundo subjetivo interno de lo propio/ajeno.

Este proceso, que incorpora valores humanistas y altruistas, facilita la promoción de un cuidado de enfermería holístico y de salud positiva en la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera en el desarrollo de una interrelación enfermera-paciente eficaz y en el fomento del bienestar, ayudando al paciente a adoptar conductas que buscan conseguir la salud (Watson, 2008).

3. Cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, superación del ego propio.

El reconocimiento de los sentimientos permite la autoactualización mediante la autoaceptación por parte de la enfermera y del paciente. Cuando las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, se hacen más genuinas, auténticas y sensibles a los demás. La enfermera también va más allá de los sentimientos en la exploración durante toda la vida de los valores personales y sistemas de creencias con el objetivo de mejorar la atención plena en las acciones de cuidado (Watson, 2008).

4. Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza.

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente resulta clave para los cuidados transpersonales. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos. Implica congruencia, empatía, calidez no posesiva y comunicación eficaz. La congruencia se basa en ser real, honesto, genuino y auténtico. La

empatía es la capacidad de experimentar, y en consecuencia comprender, las percepciones y sentimientos de la otra persona y comunicarle esta compresión. La calidez no posesiva se demuestra con un tono moderado de la voz, una postura abierta y relajada, y expresiones faciales, congruentes con las demás comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuesta afectiva, cognitiva y conductual (Watson, 2008).

5. Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos positivos y negativos.

Compartir los sentimientos es una experiencia que obliga a asumir riesgos a la enfermera y el paciente. La enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos o negativos, y debe reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación son diferentes (Watson, 2008).

6. Uso creativo del yo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado; implicación en el arte de la enfermería de la caridad.

El proceso de enfermería se basa en la aplicación de distintas formas de conocimiento, incluido el «creativo, intuitivo, estético, ético, personal e incluso espiritual» (Watson, 2008, pág. 107). Este proceso se aleja de forma significativa desde una perspectiva singular del conocimiento científico, que es esencial para la práctica de la enfermería y obliga a la enfermera a usar sus conocimientos de forma creativa en la práctica de la enfermería de la caridad (Watson, 2008).

7. Implicación en una experiencia de enseñanza-aprendizaje auténtica que atiende a la unidad de ser y al significado subjetivo, tratando de permanecer dentro del marco de referencia del otro.

Este factor es un concepto importante para la enfermería, porque aleja el cuidado de la curación. Permite al paciente estar informado y deriva la responsabilidad sobre el bienestar y la salud hacia el paciente. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen su autocuidado, determinen sus necesidades personales y

tengan oportunidad para su crecimiento personal (Watson, 2008).

8. Creación de un entorno de curación a todos los niveles.

Las enfermeras deben reconocer la influencia que los entornos interno y externo tienen sobre la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos esenciales para el entorno interno incluyen el bienestar espiritual y mental y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, otras variables externas son la comodidad, la privacidad, la seguridad y un entorno limpio y estético (Watson, 2008).

9. Administración de los actos sagrados en enfermería de cuidado-curación con atención a las necesidades humanas básicas.

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales propias y del paciente. Los pacientes deben tener satisfechas las necesidades de orden inferior antes de tratar de satisfacer las de orden superior. La alimentación, la defecación/micción y la ventilación son ejemplos de las necesidades de orden inferior de tipo biofísico, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades de orden inferior a nivel psicofísico. Los logros y la pertenencia son necesidades psicosociales de orden superior. La actualización del yo es una necesidad intra- e interpersonal de orden superior (Watson, 2008).

10. Apertura y atención a los aspectos espirituales/misteriosos y a las dudas existenciales sobre la vida-muerte.

Watson considera que este proceso es el más difícil de comprender y resulta más fácil hacerlo con sus propias palabras.

«Nuestras mentes racionales y la ciencia moderna no tienen todas las respuestas ante la vida y la muerte y ante todos los procesos humanos que tenemos que afrontar; por eso, nuestra mente tiene que estar abierta ante los aspectos desconocidos que no podemos

controlar, llegando incluso a permitir la entrada en nuestra vida y trabajo de lo que podríamos considerar "milagros". Este proceso también reconoce que el mundo subjetivo de las experiencias de la vida interna sobre uno mismo y los demás es en último término un fenómeno, un misterio insondable, que se ve afectado por muchos factores que nunca podrán ser explicados por completo.»

(Watson, 2008, pág. 191)

Uso de datos empíricos

Las investigaciones de Watson sobre el cuidado incorporan aspectos empíricos, pero se centran en abordajes que empiezan en los fenómenos de la enfermería más que en las ciencias naturales (Leininger, 1979). Por ejemplo, ella ha empleado la ciencia humana, la fenomenología empírica y la fenomenología transcendente. Ha investigado las metáforas y la poesía para comunicar, transmitir o explicar el cuidado y la curación humana (Watson, 1987, 2005). En sus estudios y artículos ha incorporado cada vez más su creencia en la existencia de una relación sagrada entre la humanidad y el universo (Watson, 1997, 2005).

Principales premisas

Watson aboga por la unión entre ciencia y humanidades, de forma que las enfermeras tengan una potente cultura sobre las artes liberales y comprendan que las demás culturas son un requisito para poder aplicar la ciencia del cuidado y una estructura cuerpo-mente-espíritu. Considera que el estudio de las humanidades amplía la mente y fomenta la capacidad de pensar y el crecimiento personal. Watson ha comparado el estado de la enfermería con el mito de las danaides, que trataban de llenar un jarrón roto de agua, únicamente para ver cómo fluía el agua por las grietas del mismo. Propuso que es preciso el estudio de la ciencia y de las humanidades para poder sellar este tipo de grietas en la base científica de los conocimientos enfermeros (Watson, 1981, 1997).

Watson describe una serie de premisas para la relación de cuidado transpersonal que se extiende a los médicos

multidisciplinarios:

- El compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia de la caridad por parte de la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad, la plenitud y la curación humana, permitiendo de este modo que la persona cree o contribuya a crear su propia percepción de la existencia.
- Este deseo consciente de la enfermera afirma el significado subjetivo y espiritual del paciente, al tiempo que trata de administrar cuidados en un ambiente de riesgo y desesperación –biológica, institucional o de cualquier tipo–. El resultado es la defensa de una *relación yo-tú* en lugar de una *relación yo-esto.*
- La enfermera trata de reconocer, detectar de forma adecuada y conectar con la situación espiritual interna de otra persona a través de una presencia genuina y de centrarse en el momento de cuidado; las acciones, palabras, conductas, el conocimiento, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, el campo energético y otros aspectos contribuyen a la conexión en los cuidados transpersonales.
- La capacidad de la enfermera de conectar con los demás a este nivel espíritu-espíritu transpersonal se traduce a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, contacto físico, sonido, expresiones verbales y otras formas de comunicación científica, técnica, estética y humana en el arte de la enfermería humana, e influye en las modalidades de cuidado-curación intencionales.
- Las modalidades de cuidado-curación en el contexto de la conciencia de cuidado/caridad transpersonal potencian la armonía, la plenitud y la unidad del ser, liberando algunas faltas de armonía, es decir, la energía bloqueada que interfiere en el proceso de la curación natural; por tanto, la enfermera ayuda a través de este proceso a acceder al sanador que lleva dentro según el sentido más amplio de la concepción de la enfermería de Nightingale.
- El desarrollo personal y profesional mantenido y el

crecimiento espiritual, además de la práctica espiritual personal, ayudan a la enfermera a acceder a este nivel más profundo de práctica de curación profesional, permitiendo el despertar de la condición transpersonal del mundo y una actualización más completa de las «competencias ontológicas» precisas para este nivel de práctica avanzada de la enfermería.

- La propia evolución vital de la enfermera, sus experiencias previas, las oportunidades de estudio orientado, la vivencia o experiencia de diversos procesos humanos y la imaginación de los sentimientos que tienen otras personas en distintas circunstancias se convierten en valiosos profesores para este trabajo; en cierta medida, la enfermera puede adquirir los conocimientos y la conciencia precisos mediante el trabajo con otras culturas y el estudio de las humanidades (p. ej., arte, teatro, literatura, historia personal o narraciones de enfermedades o viajes), junto con la exploración de los propios valores personales; las creencias profundas, y las relaciones con uno mismo, con los demás y con el mundo propio.
- Otros aspectos facilitadores son las experiencias de crecimiento personal, como la psicoterapia, la psicología transpersonal, la meditación, el trabajo bioenergético y otros modelos de despertar espiritual.
- El crecimiento continuo para el desarrollo y maduración en el seno de un modelo de cuidado transpersonal es permanente. El concepto de que los profesionales sanitarios son curadores heridos se reconoce como parte del crecimiento necesario y la compasión que se requieren en esta teoría y filosofía (Watson, 2006b).

Fundamentos teóricos

Enfermería

Según Watson (1988), el término *nurse* («enfermero» y «cuidar») es un nombre y un verbo. Para ella la enfermería son «los conocimientos, pensamientos, valores, filosofía, compromisos y

acciones, con cierto grado de pasión» (pág. 53). Las enfermeras tienen interés en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana; fomentar y recuperar la salud, y prevenir la enfermedad. La teoría de Watson pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas prácticas, el **patrón** de la enfermería, en contraste con el **corazón** de la misma, que son los aspectos relacionados con la relación enfermera-paciente que consiguen un efecto terapéutico, incluido en el proceso de cuidado transpersonal (Watson, 2005, 2012). Usando los 10 factores del cuidado, la enfermera cuida varios pacientes. Cada uno de estos factores de cuidado y los procesos de caridad clínicos describen cómo el paciente consigue o mantiene su salud o fallece en una situación de paz. Por el contrario, Watson describía la **curación** como el término médico que alude a la eliminación de la enfermedad (Watson, 1979). Al evolucionar el trabajo de Watson, fue centrándolo cada vez más en el proceso de cuidado humano y los aspectos transpersonales de la curación-cuidado dentro de una relación de cuidado transpersonal (1999, 2005).

El trabajo que sigue desarrollando Watson sigue manteniendo de forma explícita que los humanos no pueden ser tratados como objetos ni ser considerados como entes separados del yo, de los demás, de la naturaleza y del universo en sentido general. La curación-cuidado se sitúa en el seno de una cosmología metafísica y transcendente con el humano que evoluciona de forma conjunta con el universo.

Ser persona (ser humano)

Watson utiliza como sinónimos los términos **ser humano, persona, vida, personalidad** y **yo.** Percibe a las personas como una «unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza» (1996, pág. 147), y afirma que la «personalidad se vincula con la idea de que un alma posee un cuerpo que no se limita por el tiempo y el espacio objetivo» (Watson, 1998, pág. 45). Watson afirma: «Yo me propongo emplear la mente, el cuerpo, el alma o la unidad en el seno de una percepción emergente y en evolución del mundo con conexión entre todos ellos, lo que en ocasiones se refiere como pensamiento del paradigma transformador unitario-holográfico. A menudo se

considera dualista, porque uso las *tres* palabras "mente, cuerpo, alma", pero mi intención es destacar lo espiritual/metafísico –que es un aspecto silenciado en otros modelos–» (Watson, comunicación personal, 12 de abril de 1994).

Salud

La definición de **salud** de Watson (1979) ha evolucionado. Originalmente empleaba la establecida por la Organización Mundial de la Salud, como «el estado positivo de bienestar físico, mental y social con inclusión de tres elementos: 1) un alto nivel de funcionamiento físico, mental y social general; 2) un nivel general de adaptación-mantenimiento para el funcionamiento diario, y 3) la ausencia de enfermedad (o presencia de esfuerzos que permiten que no se produzca)» (pág. 220). Posteriormente definió la *salud* como «unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma», asociada a «un cierto grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado» (Watson, 1998, pág. 48). Watson afirmó también que (1988) «la enfermedad no tiene siempre un matiz físico; [en su lugar se trata de] una falta de armonía o malestar subjetivo del yo o alma de la persona en algún nivel dentro de las distintas esferas que la conforman, es decir, el cuerpo, la mente o el alma, tanto consciente como inconsciente» (pág. 47). «Aunque la enfermedad puede traducirse en un enfermar físico, no es necesario interpretar la salud y la enfermedad como un fenómeno continuo. Los procesos patológicos pueden ser consecuencia también de una vulnerabilidad genética o constitucional, y manifestarse cuando existe una falta de armonía. A su vez, la propia enfermedad contribuye a la pérdida de armonía» (Watson, 1988, pág. 48).

Entorno

Watson describe el papel de la enfermera en su entorno como «atención a los entornos mentales, sociales, físicos y espirituales de soporte, protectores y/o correctores» (Watson, 1979, pág. 10) dentro de sus factores de cuidado originales. En trabajos posteriores amplía mucho su noción de entorno y afirma: «La ciencia del cuidado no solo sirve para mantener la humanidad, sino también el planeta... Pertenecemos a un mundo espiritual infinito universal

constituido por la naturaleza y todos los seres vivos; este es el vínculo fundamental entre la humanidad y la propia vida, a través del tiempo y el espacio, sin fronteras ni nacionalidades» (Watson, 2003, pág. 305). Ella afirma que «los espacios de curación se pueden emplear para permitir a los demás transcender a su enfermedad, dolor y sufrimiento», resaltando la conexión entre el entorno y la persona: «Cuando la enfermera entra en la habitación de un paciente, se genera un campo magnético de expectativas» (Watson, 2003, pág. 305).

Planteamiento lógico

La teoría se presenta en forma lógica. Contiene ideas amplias, que abordan los fenómenos de la salud-enfermedad. La definición de Watson contrapone **cuidado** con **curación** para separar la enfermería de la medicina, y clasifica el corpus de conocimientos de las enfermeras como una ciencia separada.

Desde 1979, su teoría se ha desarrollado en un intento de aclarar la persona de la enfermera y la persona del paciente. Otro aspecto que se resalta especialmente son los factores fenomenológicos-existenciales y espirituales. Sus trabajos (2005) nos recuerdan «las dimensiones llenas de espíritu del trabajo de cuidado y el conocimiento sobre los mismos» (pág. x).

La teoría de Watson tiene su apoyo fundacional en otras disciplinas, como la de Carl Rogers, Erikson y Maslow. Ha defendido que la formación en enfermería incorpore conocimientos holísticos de otras muchas especialidades que integran las humanidades, las artes y las ciencias, y que los sistemas sanitarios cada vez más complejos y las necesidades de los pacientes obligan a las enfermeras a tener una formación liberal y extensa (Sakalys y Watson, 1986).

Watson incorporó dimensiones de un cambio de paradigma posmoderno a lo largo del desarrollo de su teoría del cuidado transpersonal. Sus fundamentos teóricos iniciales asociados a conceptos como el mantenimiento en estado estacionario, la adaptación, la interacción lineal y la práctica de la enfermería basada en los problemas se han sustituido por un abordaje posmoderno, lo que ha generado un sistema más holístico,

humanista y abierto, en el que aparecen la armonía, la interpretación y la autotranscendencia como reflejo de un cambio epistemológico.

Aplicación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La teoría de Watson se ha validado a nivel ambulatorio, hospitalario y en el cuidado de salud comunitario, y sobre distintas poblaciones, incluida la reciente aplicación a la atención de los aspectos esenciales del cuidado del paciente (Pipe et al., 2012), convivencia con un respirador (Lindahl, 2011), simulación de los cuidados (Diener y Hobbs, 2012), madres en lucha contra la enfermedad mental (Blegen, Eriksson y Bondas, 2014) y mujeres infértiles (Arslan-Ozkan, Okumus y Buldukoglu, 2014; Ozan, Okumus y Lash, 2015). Jesse y Alligood (2014) son ejemplos de la aplicación de la teoría de Watson en la práctica de la enfermería.

El Attending Nursing Caring Model (ANCM) es un ejemplo de la aplicación de la ciencia del cuidado de Watson a la práctica, descrito inicialmente por Watson y Foster (2003) como aplicación de la teoría en la práctica. El ANCM fue un proyecto piloto único en un hospital infantil de Denver, que seguía el modelo del médico «responsable de la atención». Sin embargo, en contraste con el modelo de curación médico, el ANCM se encarga del modelo de cuidado de enfermería. «Está construido como una ciencia de cuidado de enfermería y se trata de un modelo de práctica colaborativa orientado por la teoría, basado en la evidencia y que se aplica al manejo y vigilancia del tratamiento del dolor en una unidad posquirúrgica de 37 camas» (Watson y Foster, 2003, pág. 363). Las enfermeras que participan en este proyecto aprenden la teoría del cuidado de Watson, los factores de cuidado, la conciencia de cuidado, la intencionalidad y las prácticas de curación-cuidado. La misión del ANCM es tener una relación de cuidado continua con los niños que experimentan dolor y sus familias. El ANCM se hace visible como presencia curativa-cuidadora en todo el hospital. La influencia y presencia de la teoría de Watson sigue siendo aplicable

y transformadora en sistemas hospitalarios que solicitan o desean mantener el estado Magnet. La lista de hospitales basados en la ciencia del cuidado está aumentando y en evolución continua; algunos de los centros que han conseguido ya este estado son Stanford Health (Palo Alto, CA), Brigham and Women's (Boston, MA), Veterans Administration (District of Columbia), Veterans Administration (Tampa, FL), Memorial Beacon Health (Indiana), Colorado Children's Hospital (Denver, CO), mientras que otros, como Denver Health and Hospitals (Denver, CO) y Craig Rehabilitation Hospital (Denver, CO), se encuentran en proceso de conseguirlo (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016). (Véanse ejemplos prácticos de esta teoría en la página web de Watson [http://www.watsoncaringscience.org].)

Administración y liderazgo

La teoría de Watson demanda prácticas administrativas y modelos de negocio orientados a asumir el cuidado (Watson, 2006a), incluso en un entorno sanitario en el que predomina el creciente nivel de agudeza en los pacientes hospitalizados, las estancias hospitalarias cortas, la creciente complejidad tecnológica y las expectativas cada vez más importantes sobre la «función» de las enfermeras. Estos retos piden soluciones que exigen una reforma del sistema sanitario a un nivel profundo y ético y que permitan a las enfermeras seguir su propio modelo de práctica profesional, en lugar de limitarse a soluciones a corto plazo, como aumentar el número de camas, el pago de complementos por rendimiento o los incentivos por reubicación para el personal de enfermería. Muchos hospitales que tratan de conseguir el estado Magnet están consiguiendo cubrir estos retos mediante el uso de la teoría del cuidado humano de Watson para el cambio administrativo. Otros centros tratan de mantener un entorno profesional basado en la definición de *aspectos esenciales del cuidado del paciente* (Pipe et al., 2012). Este ejemplo de práctica administrativa del cuidado se describe, entre otros, en su página web y en su artículo «Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices» (Watson, 2006a). Entre los avances recientes en la teoría de Watson con importancia para la administración están el intento de vincular la ciencia del cuidado y

el liderazgo por cuantos, que incluye el trabajo de Tim Porter O'Grady, Teri Pipe y Kathy Malloch en la Arizona State University (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016).

Formación

Los escritos de Watson se centran en la formación de los estudiantes de Enfermería en formación y dotarlos de una base ontológica, ética y epistemológica para la práctica, además de orientar los aspectos sobre los que pueden investigar (Hills y Watson, 2011). La teoría del cuidado de Watson se ha enseñado en numerosos programas de formación en Enfermería, incluidos Bellarmine College in Louisville, Kentucky; Indiana State University in Terre Haute; Oklahoma City University, y Florida Atlantic University. Además, estos conceptos se emplean en programas internacionales de enfermería de Australia, Japón, Brasil, Finlandia, Arabia Saudí, Suecia y el Reino Unido, entre otros muchos. Los estudios de la University of Colorado pueden realizar el doctorado centrándose en la ciencia del cuidado, y el WCSI apoya la formación posdoctoral en la ciencia del cuidado. Se están desarrollando más iniciativas parecidas en Suramérica y Oriente Medio (Emiratos Árabes Unidos). Otros proyectos tratan de integrar la ciencia del cuidado con otros avances formativos en enfermería, como sucede con Mary Jo Kreitzer en la University of Minnesota y Mary Kothian en la University of Arizona. Existen algunos programas de Enfermería creativos basados en la ciencia del cuidado excelente dentro de EE. UU.: la Viterbo University (La Crosse, Wisconsin), el Nevada State College (Henderson, Nevada) y la Florida Atlantic University (Boca Ratón, Florida), que tiene el programa académico sobre este tema más antiguo de EE. UU. (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016).

Investigación

Se ha demostrado que los métodos cualitativos, naturalistas y fenomenológicos son especialmente importantes para el estudio del cuidado y el desarrollo de la enfermería como ciencia humana (Nelson y Watson, 2011; Watson, 2012). Watson sugiere que la comunicación de estudios cualitativos-cuantitativos, que se conoce

en sentido amplio como diseño de métodos mixtos, puede ser útil para analizar y demostrar su teoría todavía más (Watson, 2008). Existe un cuerpo cada vez más importante de investigación nacional e internacional que pone a prueba, amplía y evalúa esta teoría (DiNapoli et al., 2010; Nelson y Watson, 2011). Smith (2004) publicó una revisión de 40 estudios de investigación en la que empleó de forma específica la teoría de Watson. Mason et al. (2014) presentaron los resultados de un estudio piloto sobre métodos mixtos en el que la teoría de Watson tuvo influencia en el desarrollo de una intervención orientada a aumentar la retención de las enfermeras y reducir la fatiga de la compasión y el sufrimiento moral en una unidad de cuidados intensivos traumatológica. Conforme avanza la bibliografía sobre la teoría de Watson, los investigadores van aportando pruebas estadísticas que confirman la importancia de esta teoría obtenidas en ensayos clínicos aleatorizados. Uno de estos ensayos aportó evidencias que confirmaron la eficacia de los cuidados de enfermería basados en la teoría de Watson para reducir el malestar que experimentan las mujeres infértiles (Arslan-Ozkan, Okumus y Buldukoglu, 2014).

La medida de los resultados asociados a la teoría de Watson y la aplicación de la misma en la práctica clínica y en las organizaciones hospitalarias han sido puntos débiles importantes en la investigación, sobre todo en el desarrollo de las encuestas. Nelson y Watson (2011) publicaron una revisión de los estudios realizados en siete países. Nelson y Watson (2011) presentan ocho encuestas de cuidado y otras herramientas de investigación para la investigación en caridad, como las diferencias en la percepción del cuidado a nivel internacional, la relación entre enfermera y paciente, y las recomendaciones para los hospitales que desean obtener el estado Magnet. El desarrollo de medidas orientadas a cuantificar los resultados de la ciencia del cuidado ha recibido una atención permanente con el desarrollo de la Watson Caritas Patient Score (Brewer y Watson, 2015). Actualmente Watson está trabajando con Press Ganey en un programa piloto que se está aplicando en cinco sistemas sanitarios y que se basa en la inclusión de cinco aspectos de la caridad dentro de la encuesta de Press Ganey para tratar de vincular los resultados y la experiencia de cuidado que percibe el paciente, más allá de los datos centrados en los problemas (Watson,

comunicación personal, 6 de abril de 2016).

Desde 2013 se han elaborado una serie de tesis doctorales y también proyectos de DNP. Una búsqueda de la base de datos sobre tesis y conferencias Proquest ha encontrado 29 publicaciones de este tipo. Se ha investigado una amplia gama de temas basados o vinculados con la ciencia del cuidado de Watson. Estos temas se centraron de forma fundamental en el dominio de la formación en Enfermería y la práctica clínica, y encontraron, entre otros, relaciones de cuidado estudiante-facultad, liderazgo en el cuidado dentro de la ciencia del cuidado, traducción de la teoría del cuidado de Watson para cubrir la separación entre teoría y práctica, experiencias emancipadoras en enfermería, y perspectivas de los clínicos y los pacientes con experiencia de cuidado, incluida la satisfacción del paciente.

Evolución

Jean Watson se encuentra actualmente trabajando con más de 20 países distintos implicados en la ciencia del cuidado, a través de programas formativos, de doctorado, práctica clínica o modelos de cuidado clínico. Existe un compromiso mantenido en desarrollar programas globales para la ciencia del cuidado, y los esfuerzos actuales se están centrando en la creación futura de una red global asociada sobre ciencias del cuidado de Watson global. Entre los que se han comprometido a formar parte de la misma están países de Oriente Medio, Japón, Italia, de Suramérica (Perú), China y México, y otros programas, proyectos o sistemas se encuentran todavía pendientes, como Sudáfrica, Portugal, España, Canadá (Quebec), Corea, Singapur, Tailandia, Filipinas y Taiwán.

Watson anticipa que su ciencia del cuidado influirá sobre la colaboración interdisciplinaria de conocimiento y práctica, dado que esta ciencia y la visión unitaria son universales y transdisciplinarios, más allá de cualquier profesión sanitaria, lo que permite que se convierta en un paradigma de esperanza para todas las profesiones sanitarias y de sanación, y para los programas formativos y de servicio humano. El paradigma es una guía para tratar de honrar a la persona en su conjunto, conservando la dignidad humana, y mantener y hacer evolucionar la conciencia

humana, la humanidad, así como la perspectiva y acción moral informada hacia un cuidado humano auténtico, con curación y salud propia, de los demás y del planeta (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016).

En el horizonte, Watson está creando un portal mundial de la ciencia del cuidado de Watson, que evoluciona como una red de ensueño de programas, proyectos y redes de sistemas globales y dotada de programas únicos, pero capaz de acceder a un portal común con otros trabajos y también de generar programas virtuales/*webcasts* de distintos países en los que 19 millones de enfermeras y matronas, y otros profesionales sanitarios y de la sanación puedan compartir el trabajo y ayudarse mutuamente. Otras visiones de futuro incluyen la creación de nuevas referencias y criterios para los hospitales y las agencias clínicas, que incluyen programas académicos para conseguir una acreditación completa y formal como organización en ciencia del cuidado de Watson real, con nuevas formas de evidencia que vayan más allá del puro empirismo, quizá guiadas por las evidencias de conceptos nuevos como el «florecimiento humano»; la presencia de curación-cuidado; la conciencia; la intencionalidad; las evidencias de los procesos de caridad vivenciadas a múltiples niveles en los sistemas, y las nuevas medidas de resultado (objetos de caridad).

Crítica

Claridad

Watson emplea un lenguaje no técnico, sofisticado, fluido y evolucionado para describir con gran arte sus conceptos, incluidos el cuidado-amor y los procesos de caridad y la conciencia. De forma paradójica, resulta difícil poner en práctica conceptos abstractos y sencillos, como el cuidado-amor, aunque su práctica y experiencia fomentan una mejor comprensión. En algunas ocasiones, las frases largas se comprenden mejor si se leen más de una vez. La incorporación por parte de Watson de metáforas, reflexiones personales, representaciones artísticas y poesías hace que sus conceptos se vuelvan más tangibles y atractivos a nivel estético. Ha seguido refinando su teoría y ha revisado los factores de cuidado

originales como procesos de caridad. La crítica al trabajo de Watson se ha centrado en el uso de definiciones y términos poco definidos o cambiantes/oscilantes, y en haberse focalizado más en el aspecto psicosocial que fisiopatológico de la enfermería. Watson (1985) ha dado respuesta a las críticas a su obra en el prefacio de las obras *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979, 2008) y *Nursing: Human Science and Human Care—A Theory of Nursing* (1985, 1988), y en *Caring Science as Sacred Science* (2005).

Sencillez

Watson recurre a una serie de disciplinas para elaborar su teoría. Se trata de una teoría más centrada en el *ser* que en el *hacer*, y la enfermera debe internalizarla de forma completa para poder actualizarla en la práctica. Para poder comprender la teoría como se presenta, el lector debería estar familiarizado con la amplia cobertura de esta materia. Esta teoría se conceptúa como compleja cuando se tiene en consideración la naturaleza fenomenológico-existencial de su trabajo, sobre todo por parte de enfermeras con una formación limitada en las artes liberales. Aunque algunos consideran que esta teoría es compleja, otros muchos la consideran sencilla y fácil de aplicar en la práctica.

Generalidad

La teoría de Watson se debe comprender como una base moral y filosófica para la enfermería. Incluye aspectos generalizados de la salud y la enfermedad. Además, la teoría aborda aspectos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el logro de una muerte pacífica, lo que aumenta su generalidad. El proceso de caridad dota a esta teoría de recomendaciones para las interacciones enfermera-paciente, un aspecto importante del cuidado.

Una crítica es que esta teoría no da orientaciones explícitas para conseguir las relaciones de cuidado-curación auténticas. Las enfermeras que deseen tener unas recomendaciones concretas pueden no sentirse seguras cuando tratan de emplear solo esta teoría. Algunos han sugerido que se tarda demasiado tiempo en incorporar la caridad a la práctica, y otros hacen notar que el énfasis

en el crecimiento personal de Watson es una calidad que, «aunque puede resultar atractiva para algunas personas, puede no serlo para otras» (Drummond, 2005, pág. 218).

Precisión empírica

Watson describió su teoría como descriptiva; reconoce que es una teoría en evolución y agradece los aportes de otras personas (Watson, 2012). Aunque la teoría por sí misma no se presta con facilidad a la realización de estudios de investigación basados en el método científico tradicional, las investigaciones recientes se han centrado en el desarrollo de intervenciones y el diseño de medidas para poder validarla mediante un diseño cuantitativo o mixto. Además de este trabajo, el desarrollo que se está realizando sobre los abordajes de enfermería cualitativa es adecuado y necesario para poder explorar adecuadamente los conceptos centrales de la misma. Estudios recientes sobre las medidas han revisado una amplia gama de estudios internacionales, permitiendo elaborar unas recomendaciones para la investigación, el diseño y los instrumentos para la investigación en cuidado (Nelson y Watson, 2011).

Consecuencias deducibles

La teoría de Watson sigue siendo una orientación metafísica útil e importante para poder aplicar cuidados de enfermería (Watson, 2007). Los conceptos teóricos de esta autora, como el uso del yo, las necesidades identificadas del paciente, el proceso de cuidado y el sentido espiritual del ser humano, pueden ayudar a las enfermeras y sus pacientes a encontrar sentido y armonía durante este período de creciente complejidad. El rico y variado conocimiento de Watson sobre filosofía, artes, ciencias humanas y la ciencia tradicional y las tradiciones se ha unido a su prolífica capacidad de comunicar, lo que ha permitido a los profesionales de muchas áreas compartir y reconocer su trabajo.

Resumen

Jean Watson empezó a desarrollar su teoría mientras trabajaba

como vicedecana del programa de pregrado en la University of Colorado y evolucionó hacia la planificación y puesta en marcha de un programa de doctorado en Enfermería. Su primer libro comenzó como notas de clase surgidas de la enseñanza de un programa innovador e integrado. Cuando comenzó el programa de doctorado en 1978, pasó a ser su directora y coordinadora, puesto que mantuvo hasta 1981. Mientras ejercía como decana de la University of Colorado, Facultad de Enfermería, desarrolló un programa de formación posgraduado en cuidado humano, que condujo al programa de doctorado clínico profesional. Este temario se aplicó en 1990 y posteriormente se convirtió en un grado de DNP. Watson fundó también el centro de cuidado humano, el primer centro interdisciplinario a nivel nacional comprometido en el desarrollo y uso de los conocimientos sobre el cuidado humano para la práctica y la formación teórica. Trabajó sobre los 11 factores curativos de Yalom para formular sus 10 factores de cuidado. Con el tiempo modificó estos ligeramente y desarrolló los procesos de caridad, que tienen una dimensión espiritual y emplean un lenguaje más fluido y evolucionado.

Caso clínico

Un preso de 62 años ingresó en este hospital procedente de la prisión por dolor torácico. Se realizaron pruebas para descartar un posible infarto de miocardio, por lo que fue ingresado en la unidad coronaria. Dado que se trataba de un preso, durante su ingreso hospitalario contaba con una vigilancia policial en el exterior de la habitación y tenía que permanecer esposado a los barrotes de la cama. En la evaluación inicial, la enfermera de admisión observó que el paciente estaba abandonado. Descubrió que había consumido de forma abusiva múltiples sustancias y que sus comportamientos adictivos lo llevaron a prisión y al alejamiento de su familia. El paciente expresó su deseo de tener entrevistas con el capellán durante el ingreso.

- Describa ejemplos de cómo el personal de enfermería puede realizar el cuidado de este paciente guiado por cada uno de los 10 procesos de caridad.

Actividades de pensamiento crítico

1. Revise los valores y creencias de su propia filosofía sobre la persona, el entorno, la salud y la práctica de la enfermería, y compare sus creencias con los 10 procesos de caridad de Watson.
2. Genere una lista de conductas de cuidado en su propia práctica de la enfermería. Revise *Measuring Caring: International Research on Caritas as Healing* (Nelson y Watson, 2011), y compare su lista con las conductas de cuidado de los instrumentos diseñados para medir el cuidado que se recogen en esta obra.
3. Planifique un momento y elija un lugar para meditar 10 min a la semana, cerrando los ojos y escuchando música tranquila. Reflexione sobre los métodos para sentirse compasivo, intencional, tranquilo y en paz. Plantéese la forma de incorporar las ideas derivadas de esta reflexión a la práctica de la enfermería que realiza.

Referencias para ampliar conocimientos

- Hill, M., & Watson, J. (2011). *Creating a caring sequence curriculum.* New York: Springer.
- Jesse, D. E., & Alligood, M. R. (2014). Watson's philosophy in nursing practice. In M. R. Alligood, *Nursing theory: Utilization application* (5th ed., pp. 96–117). St Louis: Mosby-Elsevier.
- Watson, J. (1989). *The nurse theorists: Portraits of excellence* [Videotape, CD, DVD]. Disponible en Fitne, Inc., Athens, OH, en http://www.fitne.net/.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science.* Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing.* Boston: Jones & Bartlett.
- Se pueden encontrar más fuentes, referencias y actualizaciones sobre la ciencia del cuidado de Watson en http://www.watsoncaringscience.org.

Bibliografía

Arslan-Ozkan I, Okumus H, Buldukoglu K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(8):1801–1812.

Blegen NE, Eriksson K, Bondas T. Through the depths and heights of darkness; mothers as patients in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(4):852.

Brewer BB, Watson J. Evaluation of authentic human caring professional practices. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2015;45(12):622–627.

Diener E, Hobbs N. Simulating care: Technology-mediated learning in twenty-first century education. *Nursing Forum*. 2012;47(1):34–38.

DiNapoli P, Nelson J, Turkel M, Watson J. Measuring the caritas processes: Caring factor survey. *International Journal for Human Caring*. 2010;14(3):17–20.

Drummond J. Caring science as sacred science. [Book review.]. *Nursing Philosophy*. 2005;6:218–220.

Hills M, Watson J. *Creating a caring science curriculum: An emancipatory pedagogy for nursing*. New York: Springer; 2011.

Jesse DE, Alligood MR. Watson's philosophy in nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed St Louis: Mosby-Elsevier; 2014: pp. 97–122.

Leininger M. Preface. In: Watson J, ed. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown; 1979.

Levinas E. *Totality and infinity. (A. Lingis, Trans.)*. Pittsburgh, PA: Duquesne University; 1969.

Lindahl B. Experiences of exclusion when living on a ventilator: Reflections based on the application of Julia Kristev's philosophy of caring. *Nursing Philosophy*. 2011;12(1):12–21.

Løgstrup KE. Milwaukee: Marquette University; 1995.

Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Bulter C, Griffin M. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2014;33(4):215–225.

Nelson J, Watson J. *Measuring caring: International research on caritas as healing*. New York: Springer; 2011.

Ozan YD, Okumus H, Lash AA. Implementation of Watson's theory of human caring: A case study. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8(1):25–35.

Pipe T, Connolly T, Spahr N, Lendzion N, Buchda V, Jury R, et al. Bringing back the basics of nursing: Defining patient care. *Nursing Administration Quarterly*. 2012;36(3):225–233.

Sakalys J, Watson J. Professional education: Post-baccalaureate education for professional nursing. *Journal of Professional Nursing*. 1986;2(2):91–97.

Sitzman K, Watson J. *Caring science, mindful practice: Implementing Watson's human caring theory*. New York: Springer; 2013.

Smith M. Review of research related to Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17(1):13–25.

Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown; 1979.

Watson J. Nursing's scientific quest. *Nursing Outlook*. 1981;29:413–416.

Watson J. *Nursing: Human science and human care—a theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1985.

Watson, J. (1986, Dec.). The dean speaks out: Center for human caring established. *The University of Colorado School of Nursing News*, 1–6.

Watson J. Nursing on the caring edge: Metaphorical vignettes. *Advances in Nursing Science*. 1987;10(1):10–18.

Watson J. *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing; 1988.

Watson J. Post modernism and knowledge development in nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(2):60–64.

Watson J. Watson's theory of transpersonal caring. In: Walker PJ, Neuman B, eds. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration*. New York: National League for Nursing Press; 1996: pp. 141-184.

Watson J. The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):49–52.

Watson J. *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.

Watson J. *Instruments for assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer; 2002.

Watson J. Caring science: Belonging before being as ethical cosmology. *Nursing Science Quarterly*. 2003;18(4):304–305.

Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis; 2005.

Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*. 2006;30(1):48–55.

Watson J. Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(1):13–15.

Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring. Revised & Updated*

Edition. Boulder, CO: University Press of Colorado; 2008.

Watson J. *Human caring science: A theory of nursing*. Boston: Jones & Bartlett; 2012.

Watson J, Foster R. The attending nurse caring model: Integrating theory, evidence, and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12:360–365.

Watson Caring Science Institute, International Caritas Consortium. Retrieved from http://www.watsoncaringscience.org

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Bevis EO, Watson J. *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing*. New York: National League for Nursing; 1989.

Bevis, E.O., & Watson, J. (2000, reprinted). *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Chinn P, Watson J, eds. *Art and aesthetics of nursing*. New York: National League for Nursing; 1994.

Leininger M, Watson J, eds. *The caring imperative in education*. New York: National League for Nursing; 1990.

Lane MR, Samuels M, Watson J. *The caritas path to peace: A guide for creating world peace with caring, love and compassion*. Gainesville, FL: M.R. Lane publisher; 2012.

Taylor R, Watson J, eds. *They shall not hurt: Human suffering and human caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado; 1989.

Watson J, ed. *Applying the art and science of human caring*. New York: National League for Nursing; 1994.

Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer; 2002.

Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring. Revised & Updated Edition*. Boulder, CO: University Press of Colorado; 2008.

Watson J. *Postmodern nursing and beyond. New edition*. Boulder, CO: Watson Caring Science Institute; 2011.

Capítulos y monografías

Newman M, Roy C, Watson J. Dialogue with nursing theorists. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know*. Boston: Jones and Bartlett; 2005.

Watson J. *Monograph of instruments for measuring and assessing caring*. New York: Springer; 2000.

Watson J. Postmodern nursing and beyond. In: Chaska NL, ed. *The nursing profession: Tomorrow's vision and beyond*. Thousand Oaks: CA: Sage; 2000: pp. 299-308.

Watson J. Jean Watson: Theory of human caring. In: Parker ME, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2001: pp. 344-354.

Watson J. Illuminating the spiritual journey: Jean Watson tells her story. In: Burkhardt P, Nagai-Jackson MG, eds. *Spirituality: Living our connectedness*. New York: Delmar; 2002: pp. 181-186.

Watson J. Meditation: Contemplative practice. In: Wren K, Norred C, eds. *Real-world nursing survival guide: Complementary and alternative therapies*. St Louis: Harcourt; 2003: pp. 156-160.

Watson J. Watson's theory of human caring. In: Fawcett J, Desanto-Madeya S, eds. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 2005.

Watson J. Jean Watson's theory of human caring. In: Parker M, ed. *Nursing theories and nursing practice*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2006: pp. 295-301.

Watson J. Leadership is… visionary conversations and reflections on my journey into the heart of nursing: Human caring-healing. In: Hansen-Turton T, Sherman S, Ferguson V, eds. *Conversations with leaders*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2007: pp. 174-183.

Watson J. Jean Watson: Personal experience and background in being a nurse theorist. In: Sitzman KL, Eichelberger LW, eds. *Understanding the work of nurse theorists*. 2nd ed. Boston: Jones & Barlett; 2011: pp. 55-58.

Watson J. Curriculum and student advisement reflection. In: Hunt DD, ed. *The new nurse educator*. New York: Springer; 2013.

Watson J. Social/moral justice from caring science cosmology. In: Kagan PN, Smith MC, Chinn PL, eds. *Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis*. Oxford, UK: Routledge; 2014:101–105.

Watson J. Integrative nursing: Caring science—human caring and peace. In: Kreitzer MJ, Koithan M, eds. *Integrative nursing*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014.

Artículos de revistas

Clarke PN, Watson J, Brewer B. From theory to practice: Caring science according to Watson and Brewer. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22(3):339–345.

Cowling R, Smith M, Watson J, Newman M. The power of wholeness, consciousness, and caring. A dialogue on nursing science, art, and

healing. *Advances in Nursing Science*. 2008;31(1): E41-E51.

Giovannoin J, McCoy KT, Mays M, Watson J. Probation officers reduce their stress by cultivating the practice of loving-kindness with self and others. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8(2):325–343.

Hemsley MS, Glass N, Watson J. Taking the eagle's view: Using Watson's conceptual model to investigate the extraordinary and transformative experiences of nurse healers. *Journal of Holistic Nursing Practice*. 2006;20(2):85–94.

Howie L, Rankin J, Watson J. An evaluation of the Scottish multiprofessional maternity development programme (SMMDP). *Midwifery Matters*. 2013;138:5–6.

Ozkan IA, Okumus H, Buldukoglu K, Watson J. A case study based on Watson's theory of human caring: Being an infertile woman in Turkey. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26(4):352–359.

Persky GJ, Nelson JW, Watson J, Bent K. Creating a profile of a nurse effective in caring. *Nursing Administration Quarterly*. 2008;32(1):15–20.

Quinn J, Smith M, Swanson K, Ritenbaugh C, Watson J. The healing relationship in clinical nursing: Guidelines for research. *Journal of Alternative Therapies*. 2003;9(3):A65–A79.

Turkel MC, Watson J. Advancing caring science through international collaboration and partnerships. *International Journal of Human Caring*. 2014;18(4):65.

Watson J. Leading via caring-healing: The fourfold way toward transformative leadership. *Nursing Administration Quarterly*. 2000;25(1):1–6.

Watson J. Philosophical perspectives in home care: Reconsidering caring. *Journal of Geriatric Nursing*. 2000;21(6):330–331.

Watson J. Reconsidering caring in the home. *Journal of Geriatric Nursing*. 2000;21(6):330–333.

Watson J. Via negative: Considering caring by way of non-caring. *Australian Journal of Holistic Nursing*. 2000;7(1):4–8.

Watson J. Post-hospital nursing: Shortages, shifts, and script. *Nursing Administration Quarterly*. 2001;25(3):77–82.

Watson J. Caring and healing our living and dying. *The International Nurse*. 2002;14(2):4–5.

Watson J. Holistic nursing and caring: A values-based approach. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*. 2002;22(2):69–74.

Watson J. Intentionality and caring-healing consciousness: A theory of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Journal*. 2002;16(4):12–19.

Watson J. Metaphysics of virtual caring communities. *International Journal of*

Human Caring. 2002;6(1):41–45.

Watson, J. (2002, Spring). Nursing: Seeking its source and survival. [Guest editorial.] *ICU Nursing Web Journal*, 9, 1–7. Retrieved from http://www.nursing.gr/J.W.editorial.pdf.

Watson J. Love and caring: Ethics of face and hand. *Nursing Administration Quarterly*. 2003;27(3):197–202.

Watson J. Caritas and communitas: An ethic for caring science. *Journal Japan Academy of Nursing Science*. 2004;24(1):66–71.

Watson J. The relational core of nursing practice as partnership. [Invited commentary.]. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;47(3):241–250.

Watson J. Caring for our future: An interview with Jean Watson. [Interview by Carla Mariano.]. *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)*. 2005;25(3): 1, 12-14.

Watson J. Caring science: Belonging before being as ethical cosmology. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18(4):304–305.

Watson J. Commentary on Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14:530–532.

Watson J. What, may I ask, is happening to nursing knowledge and professional practices? What is nursing thinking at this turn in human history? *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(8):913–914.

Watson J. Current issues and haunting concerns for survival of nursing profession. *Japanese Journal of Nursing Science*. 2005;30(11):50–53.

Watson J. *An overview of Watson's theory of human caring*. Tokyo, Japan: Bulletin of Japanese Red Cross University College of Nursing; 2005.

Watson J. *Can an ethic of caring be maintained? Journal of Advanced Nursing*. 2006;54(3):257–259.

Watson J. Carative factors—Caritas processes guide to professional nursing. *Danish Clinical Nursing Journal*. 2006;20(3):21–27.

Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *JONAS Healthcare Law, Ethics and Regulation*. 2006;8(3):87–93.

Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*. 2006;30(1):48–55.

Watson J. Frontline and backstage caring: American nurse/world-wide nurses. *American Nurse Today*. 2006;1(1):24–28.

Watson J. Walking pilgrimage as caritas action in the world. *Journal of Holistic Nursing*. 2006;24(4):289–296.

Watson J. Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(1):13–15.

Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Disciplinary guide to professional nursing practice. *Brazilian*

Clinical Nursing Journal: Texto and Contexto. 2007;16(1):129–135.

Watson J. Social justice and caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creative Nursing: A Journal of Values, Issues, Experience & Collaboration*. 2008;32(1):15–20.

Watson J. Caring as the essence of nursing and health care. *Mundo da Saude*. 2009;3(2):143–149.

Watson J. Caring science and human caring theory: Transforming personal/professional practice in nursing and healthcare. *Journal of Health and Human Services Administration. Symposium issue*. 2009;31(4):466–482.

Watson J. Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring-healing. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(1):107–108.

Watson, J. (2010 Spring). Caring science: The next decade of holistic healing. *Beginnings, 30*(2), 14-16.

Watson J. Next generation of caring theory. Editorial. *International Journal of Human Caring*. 2012;16(2):xx.

Watson J. Touching the heart of our humanity: The caritas path of peace. *Japanese Journal of Nursing Research*. 2012;45(6):528–537.

Watson J. Caring science in nursing: Coming of age in theory-practice-research. *Chinese Journal of Nursing Science*. 2014;29(1):1–3.

Watson J. The fourfold way toward global leadership. *Chinese Nursing Management Journal*. 2015;15(3):257–258.

Watson J. Editorial: Human caring research in nursing. *Revista Enfermia Bogota Colomia UnivJaverina. Journal Online*. 2015;17(2):13–16.

Watson J. Human caring research in nursing. *Inicio*. 2015;17(2):13–16.

Watson J, Bauer R, Biley F. Bavarian nursing secret: An inside view. *Reflections on Nursing Leadership: Sigma Theta Tau International Magazine*. 2002;28(1):26–28.

Watson J, Biley FC, Biley AM. Aesthetics, postmodern nursing, complementary therapies and more: An Internet dialogue. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2001;10(3):13–16.

Watson J, Biley FC, Biley AM. Aesthetics, postmodern nursing, complementary therapies, and more: An Internet dialogue. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 2002;8:81–83.

Watson J, Brewer B. Caring science research, criteria, evidence, measurement. *Journal of Nursing Administration*. 2015;45(5):235–236.

Watson J, Foster R. The Attending Nurse Caring Model: Integrating theory, evidence, and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12:360–365.

Watson J, Smith MC. Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge

development. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;7(5):452–461.

Watson J, Russel M, Creanery P, Walker L, Walsh M. Peer review in supervision. *Midwives*. 2014;17(5):52–53.

[*] Autoras anteriores: D. Elizabeth Jesse, Martha R. Alligood, Ruth M. Neil, Ann Marriner Tomey, Tracey J. F. Patton, Deborah A. Barnhart, Patricia M. Bennett, Beverly D. Porter y Rebecca S. Sloan. Las autoras desean agradecer a la Dra. Jean Watson su ayuda para actualizar este capítulo.

8

Teoría de la atención burocrática

Sherrilyn Coffman

«La mejor seguridad de los pacientes, el control de las infecciones, la reducción de los errores de medicación y la calidad global de la asistencia en complejos sistemas sanitarios burocráticos no puede lograrse sin conocer y comprender organizaciones complejas, como los sistemas políticos y económicos, y el cuidado ético-espiritual, la compasión y la acción correcta para todos los pacientes y profesionales.»

(Ray, comunicación personal, 15 de mayo de 2012)

Marilyn Anne Ray
(1938-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Marilyn Anne (Dee) Ray nació en Hamilton (Ontario, Canadá) y creció en una familia de seis hijos. Cuando Ray tenía 15 años su padre estuvo gravemente enfermo, ingresó en un hospital y estuvo a punto de morir. Una enfermera le salvó la vida. Marilyn decidió hacerse enfermera para poder ayudar a los demás y acaso también salvarles la vida.

En 1958, Marilyn Ray se diplomó en la St. Joseph Hospital School of Nursing de Hamilton y se trasladó a Los Ángeles (California), donde trabajó en el centro médico de Los Ángeles de la University of California en distintas unidades de pacientes. Mientras trabajaba con pacientes afroamericanos y latinos, Ray observó lo importantes

que eran las culturas en el desarrollo de los puntos de vista de las personas sobre la enfermería y el mundo.

En 1965 Ray regresó a clase para obtener una licenciatura en Enfermería y un máster en la School of Nursing de la University of Colorado, donde conoció a la Dra. Madeleine Leininger, una enfermera antropóloga y directora del Programa Federal de Enfermería-Científica. Mediante la tutoría, Leininger influyó en la vida de Ray que se interesó de manera especial por la enfermería, la antropología, la infancia y la cultura. Estudió organizaciones como pequeñas culturas y su proyecto en la facultad incluyó el estudio de un hospital infantil como una pequeña cultura. Mientras estaba en la University of Colorado, Ray ejerció con niños y adultos, en cuidados intensivos, diálisis renal y en enfermería de salud ocupacional.

En los años sesenta, Ray adquirió la ciudadanía estadounidense y después obtuvo el rango de oficial en el Cuerpo de Enfermería (y Guardia Nacional Aérea) de la Reserva de la Fuerza Aérea de EE. UU. Se graduó como enfermera de vuelo en la School of Aerospace Medicine de la Base de la Fuerza Aérea de Brooks (San Antonio, Texas) y ejerció como enfermera de evacuación aeromédica. Atendió bajas de combate y a otro tipo de pacientes a bordo de diferentes aeronaves durante la guerra de Vietnam. Ray ha servido durante más de 30 años en diferentes cargos en la Fuerza Aérea –enfermera de vuelo, enfermera clínica, administradora, educadora e investigadora– y ha ostentado el rango de coronel. Su interés en la enfermería espacial la estimuló a asistir al programa de educadores en el Centro de Vuelos Espaciales Marshall de Huntsville (Alabama). Sigue siendo miembro estatutario de la Space Nursing Society. En 1990 acudió a la Unión Soviética con la Aerospace Medical Association cuando la Unión Soviética abrió sus operaciones espaciales a ingenieros espaciales y médicos estadounidenses. Ray volvió al servicio activo durante la guerra del Golfo Pérsico en 1991 y fue destinada a la Base de la Fuerza Aérea Eglin (Valparaíso, Florida), donde organizó la planificación de las altas y realizó investigaciones.

Durante su carrera en la Fuerza Aérea, Ray ha recibido múltiples medallas, como la de la Fuerza Aérea por sus desarrollos de educación e investigación en enfermería. En el año 2000 recibió el

Premio al Ensayo de Servicios Federales de Enfermería de la Association of Military Surgeons de EE. UU. por su investigación sobre la influencia de TRICARE/ Managed Care on Total Force Readiness. El galardón reconocía su programa de investigación sobre economía y la relación enfermera-paciente, que recibió una subvención de cerca de un millón de dólares del TriService Military Nursing Research Council. En 2008 recibió la TriService Nursing Research Program Coin por la excelencia en investigación enfermera.

Los primeros cargos docentes de enfermería de Ray fueron en la University of San Francisco y la University of California, San Francisco, con Glaser y Strauss, autores del método de la teoría fundamentada en el terreno *(grounded theory).* Estaba interesada en el estudio de la enfermería como una cultura y tuvo la oportunidad de enseñar a estudiantes de diferentes culturas americanas y asiáticas. En 1971 viajó a México con otros compañeros para estudiar antropología y salud.

Entre 1973 y 1977 Ray volvió a Canadá para estar con su familia y entró en la Facultad de Enfermería de la McMaster University en Hamilton, Ontario. Este fue un momento estimulante, porque el Health Sciences Center de la McMaster University estaba iniciando la enseñanza teórica y práctica basada en datos científicos. Ray completó un máster en Antropología Cultural en la McMaster University y estudió las relaciones humanas, la toma de decisiones y la resolución de conflictos, así como el hospital como cultura organizativa. La Dra. Leininger la invitó a presentar su solicitud para el primer programa doctoral transcultural en enfermería en la University of Utah. La tesis doctoral de Ray (1981b) fue un estudio sobre los cuidados en la compleja cultura organizativa de los hospitales. A partir de esta investigación se desarrolló la teoría de la atención burocrática, núcleo de este capítulo.

Durante sus estudios de doctorado, Ray se casó con James L. Droesbeke, su inspiración, su amigo y el amor de su vida. Fue una fuente de apoyo y ayuda constante durante toda su carrera, hasta su temprana muerte por cáncer en 2001. Después de obtener el doctorado en 1981, Ray volvió a integrarse en la School of Nursing de la University of Colorado, donde trabajó con Jean Watson, quien desarrolló la teoría y la práctica del cuidado humano en enfermería.

Con Watson y otros expertos, Ray ayudó a fundar la International Association for Human Caring, que la reconoció con su Premio Lifetime Achievement en 2008.

En los años ochenta, en la University of Colorado, Ray continuó su estudio de fenomenología y de abordajes de investigación cualitativa y dirigió diferentes tesis. En 1989, Ray fue designada como Christine E. Lynn Eminent Scholar en la Florida Atlantic University, College of Nursing, un puesto que mantuvo hasta 1994. La Florida Atlantic University desarrolló el Center for Caring, que ha acogido los archivos sobre cuidados y atención desde la creación en 1978 de la International Association for Human Caring. Ray ocupó el cargo de Yingling Visiting Scholar Chair en la School of Nursing de la Virginia Commonwealth University desde 1994 hasta 1995 y fue profesora invitada en la University of Colorado de 1989 a 1999. Ray ha sido profesora visitante en universidades de Australia, Nueva Zelanda y Tailandia, introduciendo la enseñanza y la investigación del cuidado humano (Ray 1994b, 2000, 2010b, 2016; Ray y Turkel, 2000, 2015). Ray ha escrito varias publicaciones teóricas y de investigación en asistencia transcultural, ética transcultural e investigación asistencial.

Ray sigue siendo profesora emérita en el Christine E. Lynn College of Nursing de la Florida Atlantic University, donde es profesora a tiempo parcial en el programa de doctorado y mentora en la facultad. El interés de Ray en la enfermería transcultural sigue siendo tema de su investigación, su docencia y su práctica. Con la Dra. Sherrilyn Coffman realizó una investigación teórica de campo con mujeres afroamericanas gestantes de alto riesgo (Coffman y Ray, 1999, 2002). A partir del conocimiento de las poblaciones vulnerables, Ray comprendió más profundamente sus necesidades, en especial la importancia del acceso a la atención sanitaria y las comunidades de cuidados. Ray fue vicepresidenta de Floridians for Health Care (atención sanitaria universal) entre 1998 y 2000. Es una Certified Transcultural Nurse y miembro de la International Transcultural Nursing Society. Ha realizado presentaciones a escala internacional en China, Arabia Saudí, Suecia, Finlandia, Inglaterra, Suiza, Tailandia y Vietnam. En 1984, Ray recibió el Premio Leininger Transcultural Nursing a la excelencia en enfermería transcultural. En 2005, fue nombrada Transcultural Nursing Scholar

por la International Transcultural Nursing Society. Ray está incluida en el *Who's Who in America* y el *Who's Who in the World,* y presentó un artículo en 2010 sobre organizaciones de cuidados en el World Universities Forum en Davos, Suiza (Ray, 2010a). Asistió a un programa de estudio en las Naciones Unidas relacionado con la implementación de los objetivos del milenio 2015. Ray participa en comités de revisión de las revistas *Journal of Transcultural Nursing* y *Qualitative Health Research.* También ha publicado *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care* (Ray, 2010c), que fue revisado en 2016. El libro coeditado por ella, *Nursing, Caring, and Complexity Science: For Human-Environment Well-Being,* recibió el Premio al Libro del Año del American Journal of Nursing en 2011.

Los intereses de investigación de Ray siguen centrándose en las enfermeras, los administradores de enfermería y los pacientes de cuidados intermedios y críticos, así como en la administración de enfermería en culturas organizativas hospitalarias complejas. Ha desarrollado una investigación con la Dra. Marian Turkel, con financiación del TriService Nursing Research Program, para estudiar la relación enfermera-paciente como un recurso económico (Turkel y Ray, 2000, 2001, 2003). Con Turkel, Ray ha publicado trabajos en las áreas de la teoría de las relaciones asistenciales complejas, la transformación organizativa mediante la toma de decisiones asistenciales y éticas, el desarrollo de instrumentos organizativos económicos y políticos y la creación de organizaciones asistenciales. Recientemente propuso renombrar el proceso de enfermería según el lenguaje de los cuidados en *Nursing Science Quarterly* (Turkel, Ray y Kornblatt, 2012). La continuada participación en la Florida Atlantic University ha otorgado a Ray la oportunidad de influir en organizaciones complejas y de cuidados y en entornos amplios en contextos locales, nacionales y globales. Sus contribuciones a la formación de la enfermería fueron reconocidas en 2005 con un grado honorario del Nevada State College en 2005 y con el Premio a los Alumnos Distinguidos del University of Utah Nursing College en 2007. Ray es miembro activo de la Society for Applied Anthropology. En 2013 entró como miembro en la American Academy of Nursing (AAN).

Fuentes teóricas

El interés de Ray por el cuidado como tema de conocimiento en enfermería surgió por su trabajo con Leininger en 1968, centrado en la enfermería transcultural y en métodos de investigación en etnografía-etnoenfermería. Utilizó métodos etnográficos combinados con la fenomenología y teoría fundamentada para generar teorías sustantivas y formales, dando lugar a la teoría general de la atención burocrática (Ray, 1981b, 1984, 1989, 1994b, 2010b, 2011; Ray y Turkel, 2015), que se centra en la enfermería en organizaciones complejas, como hospitales. Distingue a las organizaciones como culturas que se basan en estudios antropológicos de cómo se comportan las personas en comunidades y el significado de la vida laboral (Louis, 1985). Las culturas organizativas, vistas como construcciones sociales, son formadas simbólicamente mediante el significado en la interacción (Smircich, 1985).

La obra de Ray (1981a, 1989, 2010b; Moccia, 1986) estuvo influida por Hegel, que estableció la interrelación entre tesis, antítesis y síntesis. En la teoría de Ray, la tesis del cuidado (humanista, espiritual y ética) y la antítesis de la burocracia (tecnológica, económica, política y legal) se reconcilian y sintetizan en una fuerza unitiva, los cuidados burocráticos. La síntesis, como un proceso de conversión, es una transformación que continúa repitiéndose siempre cambiante, emergente y transformador.

A medida que siguió desarrollando su teoría formal, Ray (2001, 2006; Ray y Turkel, 2015) descubrió que los hallazgos de su estudio se ajustaban bien a las explicaciones de la teoría del caos. La teoría del caos describe el orden y el desorden simultáneos, y el orden dentro del desorden. Existe un orden o interconexión subyacente en episodios aparentemente aleatorios (Peat, 2002). Los estudios matemáticos han demostrado que lo que puede parecer aleatorio realmente forma parte de un patrón más extenso. La aplicación de esta teoría a las organizaciones demuestra que, dentro de un estado de caos, el sistema se mantiene en unos límites que están bien ordenados (Wheatley, 2006). Además, el caos es necesario para una nueva ordenación creativa. El proceso creativo es descrito por Briggs y Peat de la siguiente forma:

«Cuando entramos en la turbulencia vital de la vida, nos damos cuenta de que, en el fondo, todo es siempre nuevo. Con frecuencia simplemente no nos hemos dado cuenta de este hecho. Cuando somos creativos, nos damos cuenta.»

(Briggs y Peat, 1999, pág. 30)

Ray compara el cambio de las organizaciones complejas con este proceso creativo y reta a las enfermeras a que den un paso atrás y renueven sus percepciones de los episodios diarios para descubrir los significados anquilosados. Esto es particularmente importante durante el cambio organizativo. La complejidad es un concepto más general que el caos y se centra en la totalidad o en la holonomía. Los sistemas complejos, como las organizaciones, tienen muchos agentes interactuando de múltiples maneras. En consecuencia, estos sistemas son dinámicos y siempre están cambiando. Los sistemas se comportan de una manera no lineal porque no reaccionan de manera proporcional a las entradas. Por ejemplo, una intervención sencilla, como pedir ayuda a un compañero, se puede hacer con facilidad o se puede ver como poco razonable en un día atareado, lo que hace que sea imposible predecir el comportamiento humano en los sistemas complejos (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Vicenzi, White y Begun, 1997). Briggs y Peat (1999) describen la «totalidad caótica» como «llena de aspectos particulares, activos e interactivos, animados por una retroalimentación no lineal y capaces de producir todo, desde sistemas autoorganizados de similitud fractal hasta un desorden caótico impredecible» (págs. 156-157). Estas ideas han influido en el desarrollo continuado de la teoría asistencial burocrática de Ray, que indica que múltiples entradas en el sistema están interconectadas con el cuidado en la cultura de la organización (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray, Turkel y Cohn, 2011).

La idea de Ray sobre la teoría de la atención burocrática como holográfica estuvo influida por la revolución que tuvo lugar en la ciencia y que se basó en la visión holográfica del mundo (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray, 2001, 2006, 2016; Ray y Turkel, 2015). El descubrimiento de las interconexiones entre sucesos subatómicos aparentemente no relacionados ha intrigado a los científicos. Los científicos concluyeron que los sistemas poseen la capacidad de

autoorganizarse; por tanto, la atención se está alejando de las partes para centrarse en la totalidad como proceso real (Wheatley, 2006). La conceptualización del holograma muestra cómo todas las estructuras se interpenetran entre sí y son interpenetradas por otras estructuras –de modo que la parte es el todo y el todo refleja todas las partes– (Talbot, 1991). El holograma ofreció a los científicos una nueva forma de conocer el orden. Bohm conceptualizó que el universo es una especie de holograma fluido gigante (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Talbot, 1991). Afirmó que nuestra realidad diaria es una ilusión, como una imagen holográfica. Bohm llamó a nuestro nivel consciente de la existencia el **orden explícito/explicado** o **desplegado,** y la capa más profunda de realidad de la que los seres humanos habitualmente no somos conscientes es el **orden implícito/implicado** o **plegado.**

En la teoría de la atención burocrática, Ray compara las estructuras políticas, legales, económicas, educativas, fisiológicas, socioculturales y los sistemas tecnológicos de los cuidados sanitarios con el orden explícito, y el cuidado espiritual-ético con el orden implícito. Las decisiones de un gerente sobre la obtención de recursos para los cuidados de un cliente en su domicilio es un ejemplo. A primera vista, las estructuras explícitas, como el contrato legal de asistencia dirigida o las necesidades físicas del cliente, parece que son información suficiente. Sin embargo, a través de la relación asistencial del gerente del caso con el cliente surgen aspectos implicados, como los valores y deseos del cliente. En realidad, la situación de la enfermería incluye un infinito plegado y desplegado de información que puede verse como un orden explicado e implicado, y es importante considerarlo en el proceso de la toma de decisiones.

Hacer que las cosas funcionen en un sistema sanitario organizativo requiere conocer y entender la burocracia y la complejidad del cambio. Burocracia y complejidad pueden parecer antitéticas, pero en realidad la estructura de la burocracia (explicar sistemas políticos, económicos, legales y tecnológicos en las organizaciones) funciona junto con el complejo proceso relacional de redes para cocrear patrones de conducta humana y patrones de cuidados. Burocracia y complejidad influyen en cómo los diversos participantes describen y viven intuitivamente su experiencia vital

en el sistema. Nada ni nadie de un sistema es independiente; más bien todos son interdependientes. El sistema es holográfico cuando el todo y la parte se entrelazan. Por tanto, burocracia y complejidad se cocrean y transforman entre sí. La teoría de la atención burocrática es una representación de la relación entre factores del sistema y del cuidado.

Principales conceptos y definiciones

Los procesos teóricos de toma de conciencia, de ver la verdad o identificar lo bueno de las cosas (cuidar) y su comunicación son los puntos centrales de la teoría. La dialéctica del cuidado espiritual-ético (orden implícito) en relación con las estructuras circundantes de tipo político, legal, económico, educativo, fisiológico, sociocultural y tecnológico (orden explícito) ilustra la interconexión con el cuidado y el sistema, dentro de un macrocosmos que abarca la cultura. En el modelo (v. fig. 8.2), todo está producido por el cuidado espiritual-ético (centro), por conexión integradora y relacional con las estructuras de la vida de la organización. El cuidado espiritual-ético incluye diferentes procesos políticos, económicos y tecnológicos.

Holografía significa que *todo* es un conjunto en un contexto, y una *parte*, en otro, de modo que cada parte está en el todo y el todo está en la parte (Talbot, 1991). El cuidado espiritual-ético es tanto una parte como un todo. Todas las partes obtienen su significado a partir de cada parte, que también se pueden considerar como conjuntos.

Cuidado

El **cuidado** se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado tiene lugar en una cultura o en una sociedad, incluidas la cultura personal, la cultura organizativa del hospital y la cultura de la sociedad y la global (Ray, 2010b, 2016).

Cuidado espiritual-ético

La **espiritualidad** incluye la creatividad y la elección, y se revela en el apego, el amor y la comunidad. Los imperativos **éticos** del cuidado se asocian al aspecto espiritual y están relacionados con nuestras obligaciones morales hacia los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas como un medio para obtener un fin, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones. El cuidado espiritual-ético en enfermería se centra en facilitar las elecciones para el bien de los demás (Ray, 1989, 1997a, 2016).

Factores educativos

Los programas **educativos** formales y no formales, la utilización de medios audiovisuales para transmitir la información y otras formas de docencia y difusión del conocimiento son ejemplos de los factores educativos que se relacionan con el significado del cuidado (Ray, 1981b, 1989, 2010a).

Factores físicos

Los factores **físicos** se relacionan con el estado físico del ser, incluidos los patrones biológicos y mentales. Como la mente y el cuerpo están interrelacionados, cada uno de los patrones influye en el otro (Ray, 2001, 2006).

Factores socioculturales

Algunos ejemplos de factores **sociales** y **culturales** son la etnicidad y la estructura familiar, la relación con amigos y familia, la comunicación, la interacción y el apoyo social, el conocimiento de las interrelaciones, la participación y la familiaridad, y las estructuras de grupos culturales, comunidad y sociedad (Ray, 1981b, 1989, 2001, 2006, 2016).

Factores legales

Entre los factores **legales** relacionados con el significado del cuidado están la responsabilidad, las reglas y los principios que guían los comportamientos, como políticas y procedimientos, consentimiento informado, derecho a la privacidad, aspectos de mala praxis e imputabilidad, derechos del cliente, de su familia y de los profesionales, y la práctica de la medicina y la enfermería

defensivas (Gibson, 2008; Ray, 1981b; 1989; 2010b; 2016).

Factores tecnológicos

Los factores **tecnológicos** son recursos no humanos, como la utilización de aparatos para mantener el bienestar fisiológico del paciente, pruebas diagnósticas, fármacos, y el conocimiento y la habilidad necesarios para utilizar estos recursos (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray, 1987, 1989). En el aspecto tecnológico también están la práctica y la documentación asistida por ordenador, así como los medios de comunicación sociales y la realidad virtual (Campling, Ray y Lopez-Devine, 2011; Ray, 2016; Swinderman, 2011; Wu y Ray, 2016).

Factores económicos

Los factores relacionados con el significado del cuidado son el dinero, los presupuestos, los sistemas de seguros, las limitaciones y las directrices impuestas por las organizaciones de cuidado dirigido y la Patient Protection and Affordable Care Act de 2010 y, en general, la asignación de recursos humanos y materiales escasos para mantener la viabilidad económica de la organización (Ray, 1981b, 1989, 2016). Se debe considerar el cuidado como un recurso interpersonal, así como los bienes, el dinero y los servicios (Ray, Turkel y Cohn, 2011; Turkel y Ray, 2000, 2001, 2003).

Factores políticos

Los factores **políticos** y la estructura de poder de la administración sanitaria influyen en cómo se ve la enfermería en la asistencia sanitaria, lo que incluye patrones de comunicación y toma de decisiones en la organización, las funciones y la estratificación por sexos en enfermeras, médicos y administradores, actividades sindicales como la negociación y la confrontación, las influencias del Gobierno y de las compañías de seguros, la utilización del poder, el prestigio y el privilegio, y, en general, la competición por unos recursos humanos y materiales escasos (Ray, 1989, 2010b, 2016).

Uso de datos empíricos

La teoría de la atención burocrática se generó en investigaciones cualitativas sobre profesionales sanitarios y clientes en el contexto hospitalario. Esta investigación se centró en el cuidado en la cultura organizativa y apareció por primera vez en la tesis doctoral de 1981, y en otra bibliografía de 1984 y 1989. La tesis generó una teoría de la estructura dinámica del cuidado en una organización compleja. Los métodos utilizados fueron la teoría fundamentada, la fenomenología y la etnografía para obtener el significado del cuidado que tenían los participantes en el estudio. El proceso de la teoría fundamentada lleva a la evolución de la teoría sustantiva (datos asistenciales generados en la experiencia) y la teoría formal (síntesis integrada de las estructuras asistenciales y burocráticas). Ray estudió los cuidados en todas las áreas de un hospital, desde la práctica enfermera a la gestión de materiales en la administración, incluida la administración de enfermería. Más de 200 personas participaron en la muestra dirigida de conveniencia. La principal pregunta planteada fue: «¿Qué significa el cuidado para usted?». A través del diálogo, el cuidado evolucionó a partir de entrevistas en profundidad, observación participante, observación de los cuidados y documentación (Ray, 1989).

El descubrimiento de Ray del cuidado burocrático comenzó como una teoría sustantiva y evolucionó hasta convertirse en una teoría formal. La teoría sustantiva surgió como un cuidado diferencial –es decir, el significado del cuidado se diferencia por su contexto–. Las dimensiones dominantes del cuidado varían según las áreas de práctica o las unidades hospitalarias. Por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos tiene un valor dominante de cuidados tecnológicos (p. ej., monitores, ventiladores, tratamientos y farmacoterapia), y una unidad de oncología tiene un valor de un cuidado más íntimo y espiritual (p. ej., centrado en la familia, consolador y compasivo). Las enfermeras de las unidades de hospitalización valoran los cuidados en relación con los pacientes y los administradores los valoran en relación con el sistema, por ejemplo, como salvaguarda del bienestar económico del hospital.

El planteamiento formal de la teoría de la atención burocrática simbolizó una estructura dinámica del cuidado. Esta estructura se origina en la dialéctica entre la tesis del cuidado humanístico (es decir, estructuras sociales, educativas, éticas y religiosas-

espirituales) y la antítesis, el cuidado burocrático (es decir, estructuras económicas, políticas, legales y tecnológicas). La dialéctica del cuidado ilustra que todo está interconectado y que el sistema organizativo es un macrocosmos de la cultura.

La evolución de la teoría de Ray se muestra en la figura 8.1, que contiene esquemas de la estructura de la atención burocrática publicados en 1981 y 1989. En la teoría original fundamentada en los datos (v. fig. 8.1*A*), las estructuras políticas y económicas ocupaban una mayor dimensión que ilustraba su influencia creciente en la naturaleza del cuidado institucional (Ray, 1981b). Los estudios posteriores que se realizaron en unidades de cuidados intensivos y de cuidados intermedios (Ray, 1989) pusieron de relieve la naturaleza diferencial del cuidado mediante elementos competenciales políticos, legales, económicos, tecnológicos-fisiológicos, espirituales-religiosos, éticos y educativos-sociales (v. fig. 8.1*B*). En su artículo de 1987 sobre el cuidado tecnológico, Ray observó que «la enfermería de cuidados intensivos es profundamente humana, moral y tecnocrática» (pág. 172). Ray estimuló a otros investigadores a estudiar esta área para mejorar los conocimientos de la enfermería en relación tanto con las ventajas como con las limitaciones de la tecnología en cuidados intensivos. La revista *Dimensions of Critical Care Nursing* concedió a Ray el galardón de investigador del año en 1987 por su innovador trabajo.

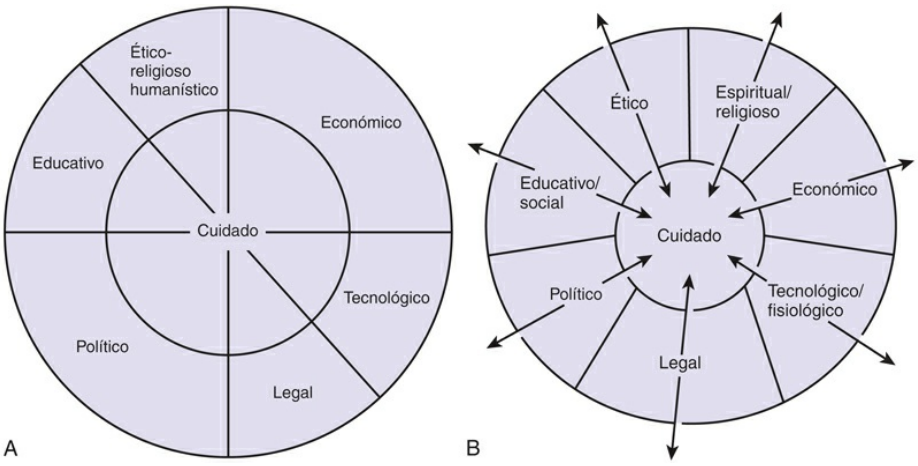


FIGURA 8.1 **A.** Desarrollo original de la teoría de la atención burocrática. **B.** Teoría posterior fundamentada en los datos que muestra el cuidado diferencial. (**A,** tomado de Ray, M. A. [1981a]. A study of caring within an

institutional culture. *Dissertation Abstracts International, 42*[06]. [University Microfilm No. 8127787.] **B,** tomado de Parker, M. E. [2006]. *Nursing theories and nursing practice* [3rd ed.]. Philadelphia: F. A. Davis. Gráficos reproducidos a partir de los originales de J. Castle y B. Jensen, Nevada State College, Henderson, NV.)

Con la reflexión y el análisis continuos, combinados con la investigación sobre la economía de la relación enfermera-paciente, Ray comenzó a iluminar el ámbito ético-espiritual de la enfermería (fig. 8.2) (Ray, 2001). Los cuidados ético-espirituales se convierten en una modalidad dominante debido a los descubrimientos que se centraron en la relación enfermera-paciente. Sistemas cualitativamente diferentes, como los sistemas políticos, económicos, socioculturales y fisiológicos, cuando se ven como conjuntos abiertos e interactivos, funcionan por la toma de decisiones de las enfermeras (Davidson y Ray, 1991; Ray, 1994a). Los cuidados ético-espirituales proponen cómo puede realizarse la toma de decisiones para el bien de los demás en la práctica enfermera.

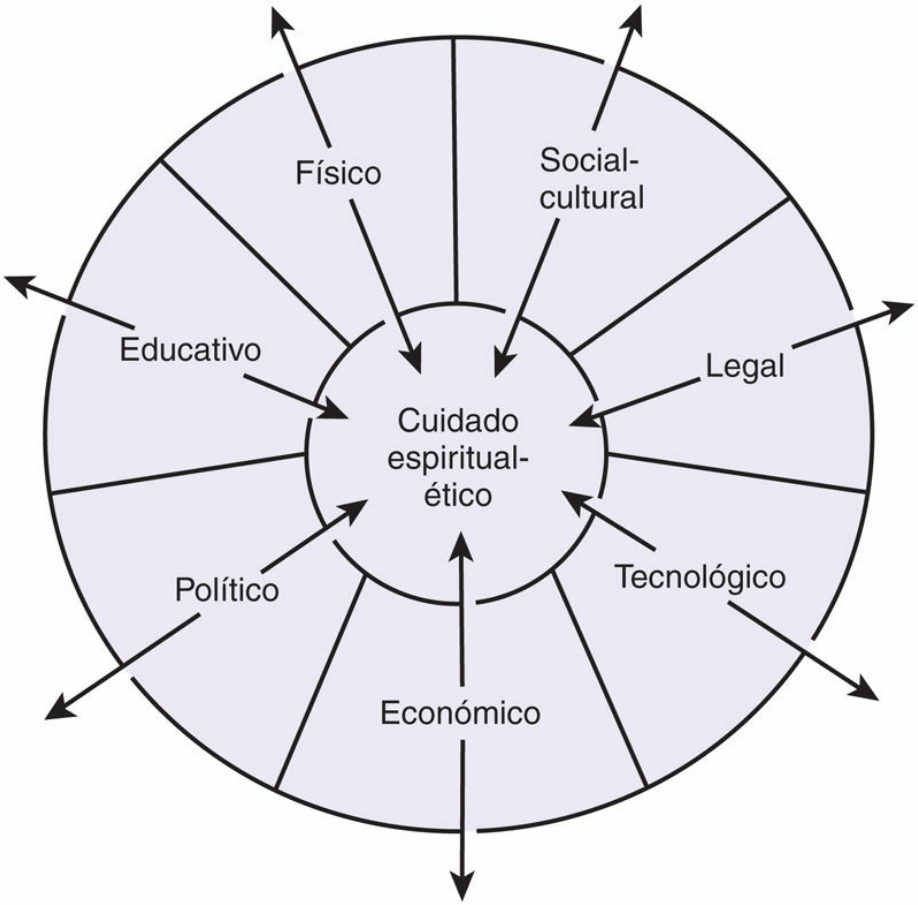


FIGURA 8.2 Presentación holográfica de la teoría de la atención burocrática. (Tomado de Parker, M. E. [2006]. *Nursing theories and nursing practice* [3rd ed.]. Philadelphia: F. A. Davis. Gráfico reproducido a partir del original de J. Castle y B. Jensen, Nevada State College, Henderson, NV.)

La investigación de Ray revela que la enfermería como cuidado se practica y se vive fuera del límite entre la dimensión humanística-espiritual y la dimensión del sistema en organizaciones complejas. Estos hallazgos son compatibles con las visiones del mundo de la ciencia de la complejidad, que propone la coexistencia de fenómenos que son antitéticos (Briggs y Peat, 1999; Ray, 1998). Por tanto, hay coexistencia de los sistemas tecnológico y humanístico. La teoría de la complejidad explica la resolución de la paradoja entre diferentes sistemas (tesis y antítesis), que se representa en la síntesis o la teoría de la atención burocrática.

En resumen, la teoría de la atención burocrática surgió utilizando una metodología de la teoría fundamentada en el terreno, fusionada con la fenomenología y la etnografía. La teoría inicial se analizó utilizando la filosofía de Hegel. La teoría se actualizó en 2001

después de una investigación continua y el análisis a la luz de la ciencia de la complejidad y la teoría del caos, dando lugar a la teoría de la atención burocrática, que es una teoría holográfica (v. fig. 8.2).

Principales premisas

Enfermería

La enfermería es un cuidado holístico, relacional, espiritual y ético que busca el bien propio y ajeno en comunidades complejas, organizaciones y culturas burocráticas. Un conocimiento de la naturaleza del cuidado refleja que el fundamento del cuidado espiritual es el amor. Mediante el conocimiento del misterio interno de la vida inspiradora, el amor busca una vida ética y responsable que permita la expresión de las acciones concretas del cuidado en la vida de las enfermeras. Por su naturaleza, el cuidado es cultural y social. El cuidado transcultural incluye creencias y valores de compasión o amor y de justicia o equidad, que tienen significado en el ámbito social en el que se forman y se transforman las relaciones. El cuidado transcultural funciona como lente única a través de la cual se ven las elecciones humanas y surge el conocimiento sobre la salud y la curación. Por tanto, mediante la compasión y la justicia, la enfermería lucha por conseguir la excelencia en las actividades del cuidado mediante la dinámica de contextos culturales complejos de relaciones, organizaciones y comunidades (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray, 2016).

Persona

Una persona es un ser espiritual y cultural. Las personas son creadas por Dios, el Misterio del Ser, y participan de manera cocreativa en organizaciones humanas y en relaciones transculturales para encontrar el significado y el valor (Ray, comunicación personal, 25 de mayo de 2004).

Salud

La salud aporta un patrón de significado para las personas, las familias y las comunidades. En todas las sociedades humanas, las

creencias y las prácticas asistenciales sobre la enfermedad y la salud son características centrales de la cultura. La salud no es, simplemente, la consecuencia de un estado físico del ser. Las personas construyen su realidad de salud en relación con la biología, patrones mentales, características de su imagen del cuerpo, la mente y el alma, la etnicidad y las estructuras familiares, las estructuras de la sociedad y de la comunidad (políticas, económicas, legales y tecnológicas), y las experiencias de cuidado, que dan significado a las maneras complejas de vida. La organización social de la salud y la enfermedad en la sociedad (sistema de asistencia sanitaria) determina la forma en la que se reconoce que las personas están enfermas o sanas. Determina cómo los profesionales sanitarios y las personas ven la salud y la enfermedad. La salud está relacionada con la forma en la que las personas de un grupo cultural o cultura organizativa o sistema burocrático construyen la realidad y dan o encuentran el significado (Ray, 2016).

Entorno

El entorno es un fenómeno espiritual, ético, ecológico y cultural complejo. Esta conceptualización del entorno abarca el conocimiento y la conciencia sobre la belleza de las formas de vida y sistemas simbólicos (representativos) o patrones de significado. Estos patrones se transmiten históricamente, se conservan o se modifican mediante los valores asistenciales, las actitudes y la comunicación. Las formas funcionales que se identifican en la estructura social o burocracia (p. ej., políticas, legales, tecnológicas y económicas) tienen una función para facilitar el conocimiento del significado de la asistencia, la cooperación y el conflicto en los grupos culturales humanos y los entornos organizativos complejos. La práctica de la enfermería en diferentes entornos abarca los elementos de la estructura social y los patrones asistenciales espirituales y éticos del significado (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray, 2016).

Fundamentos teóricos

La persona, la enfermería, el entorno y la salud se integran en la estructura de la teoría de la atención burocrática. La teoría implica que hay una relación dialéctica (tesis, antítesis, síntesis) entre la dimensión humana (persona y enfermera), la dimensión del cuidado espiritual-ético y las dimensiones estructurales (enfermería, entorno) de la burocracia y de la cultura organizativa (tecnológica, económica, política, legal y social). Para Ray, la dialéctica del cuidado y la burocracia se sintetiza en una teoría de la atención burocrática. La atención burocrática, el límite sintético entre las dimensiones humanas y estructurales, es el punto en el que las enfermeras, los pacientes y los administradores integran la persona, la enfermería, la salud y el entorno.

Los fundamentos teóricos de la teoría de la atención burocrática son los siguientes:

1. El significado del cuidado es muy diferente dependiendo de sus estructuras (socioculturales, educativas, políticas, económicas, físicas, tecnológicas, legales). La teoría sustantiva del cuidado diferencial enunció que el cuidado en enfermería es contextual y está influido por la estructura organizativa o la cultura. El significado del cuidado es distinto en el servicio de urgencias, en la unidad de cuidados intensivos, en la unidad de oncología y en otras áreas del hospital, ya que está influido por la función y el cargo que ocupa una persona. El significado del cuidado surgía como un hecho diferencial, porque no se identificó ninguna definición ni significado de cuidado (Ray, 1984, 1989, 2010b). La afirmación teórica que describe la teoría sustantiva del cuidado diferencial se formula como:

«En un hospital, el cuidado diferencial es un proceso social dinámico que surge como consecuencia de los diferentes valores, creencias y comportamientos que se expresan en relación con el significado del cuidado. El cuidado diferencial se relaciona con las competencias [cooperaciones] educativas, sociales, humanísticas, religiosas/espirituales y éticas, así como con fuerzas políticas, económicas, legales y tecnológicas

de la cultura organizativa, que son influidas por las fuerzas sociales de la cultura estadounidense [mundial] dominante.»
(Ray, 1989, pág. 37)

2. El cuidado es burocrático además de espiritual/ético, dado el grado en el que se puede comprender su significado en relación con la estructura organizativa (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray, 1989; 2006; Ray y Turkel, 2015). En el modelo teórico (v. fig. 8.2), todo está influido por una asistencia espiritual-ética por su conexión interactiva y relacional con las estructuras de la vida organizativa (p. ej., política, educación). El cuidado espiritual-ético es tanto una parte como un conjunto, al igual que todas y cada una de las estructuras de la organización son tanto parte como conjunto. Cada una de las partes obtiene su objetivo y su significado en función de las demás partes. Entender el cuidado espiritual-ético en el sistema organizativo burocrático como una formación holográfica facilita la mejora de los resultados del paciente y la transformación del bienestar humano y del entorno (Ray, comunicación personal, 13 de abril de 2008; Ray, 2016).
3. El cuidado es el constructo primordial y la conciencia de la enfermería. El cuidado espiritual-ético y las estructuras organizativas de la figura 8.2, cuando son integradas, abiertas e interactivas, son un conjunto y operan mediante una elección consciente. La toma de decisiones de la enfermera tiene lugar por un interés humanitario y de corazón, utilizando los principios éticos como brújula de las decisiones. Ray (2001) afirma que «el cuidado espiritual-ético de la enfermería no pone en duda la realización del cuidado en sistemas complejos, sino que intenta averiguar cómo se pueden o deben tomar decisiones justas que faciliten la elección del bien común» (pág. 429).

Planteamiento lógico

El planteamiento formal de la teoría de la atención burocrática se llevó a cabo principalmente mediante análisis comparativo e

introspectivo de la experiencia. La revisión de la bibliografía sobre enfermería, filosofía, procesos sociales y organizaciones se combinó con la teoría sustantiva, denominada cuidado diferencial, que Ray descubrió a través de la etnografía, la fenomenología y la investigación de la teoría fundamentada en el terreno. Estas ideas fueron analizadas e integradas a través de un proceso que era inductivo y lógico –construido inductivamente sobre la teoría sustantiva y extraído lógicamente del argumento filosófico de la dialéctica de Hegel (Moccia, 1986; Ray, 1989; 2006; 2010b) y la ciencia de la complejidad para sintetizar la atención y la burocracia en una nueva formulación teórica (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray, 2001; Ray y Turkel, 2015)–.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La teoría de la atención burocrática tiene aplicaciones directas para la enfermería. En el contexto clínico, las enfermeras en su práctica clínica se ven obligadas a integrar conocimientos, habilidades y cuidados (Turkel, 2001). Esta síntesis de comportamientos y conocimiento refleja la naturaleza holística de la teoría de la atención burocrática. En el límite del caos, aspectos contemporáneos como la inflación de los costes sanitarios actúan como catalizador del cambio en las organizaciones sanitarias corporativas. El componente ético en el cuidado espiritual-ético (v. fig. 8.2) aborda las obligaciones morales de las enfermeras con los demás. Ray (2001) pone de relieve que «se puede producir la transformación incluso en la atmósfera economicista de hoy día si las enfermeras vuelven a introducir las dimensiones espirituales y éticas de la asistencia. Los profundos valores que subyacen en la elección de hacer el bien se apreciarán tanto dentro como fuera de las organizaciones» (pág. 429).

Deborah McCray-Stewart, una administradora de servicios sanitarios en la prisión estatal Telfair de Helena (Georgia), describió cómo las enfermeras de ámbitos sanitarios en correccionales integran la teoría de la atención burocrática en el marco de su

práctica (McCray-Stewart, comunicación personal, 5 de abril de 2008). Las enfermeras de los correccionales deben comprender la cultura, considerar a los presos como seres humanos y tener la capacidad de comunicarse, educar y rehabilitar a los pacientes de esta área de la asistencia sanitaria. Entre las estrategias económicas del sistema penitenciario está la realización de servicios sanitarios en la propia unidad, en lugar de trasladar a los pacientes al hospital. Se introducen la radiología, el laboratorio y la telemedicina en el sistema, lo que exige enfermeras que trabajen en estas áreas. La Dra. Dana Lusk, con el grado doctoral de Enfermería de Práctica Avanzada (DNP, *Doctor Nursing Practice*) por la Regis University de Denver, Colorado, empleó la teoría del cuidado burocrático de Ray como orientación para la formación de los nuevos empleados del hospital de la Veterans' Administration (VA) de Denver (Lusk, comunicación personal, 15 de junio de 2015). Encontró que esta teoría era útil para informar a las enfermeras nuevas sobre la compleja organización del hospital y el sistema de la VA. La coronel Marcia Potter, con el grado doctoral de DNP por la Chamberlain University, utilizó la teoría del cuidado burocrático de Ray como guía para estudiar la asistencia primaria dirigida por enfermería, centrándose en la mejora de la calidad de los objetivos, como la curación-salud, el tiempo y los recursos económicos. Fue capaz de conseguir un ahorro de recursos económicos significativo para la base aérea Andrews de la Fuerza Aérea de EE. UU. en Washington, D. C. (Potter, comunicación personal, 10 de junio de 2015). La Dra. Carol Conroy, oficial jefe de enfermería del centro médico Southwestern Vermont, Bennington, Vermont, aplicó la teoría del cuidado burocrático al sistema sanitario de Vermont en un estudio acerca del valor que los profesionales atribuyen a la innovación práctica. Estudió el efecto de la cultura de la organización sobre la aplicación e introducción de la práctica basada en la evidencia (Conroy, comunicación personal, 2 de mayo de 2016).

Ray (2016) ha abordado la interrelación de diversas culturas en el sistema sanitario. La herramienta del cuidado comunicativo transcultural proporciona directrices para ayudar a las enfermeras a conocer las necesidades, adversidades, problemas e interrogantes que se originan en situaciones sanitarias culturalmente dinámicas

(Ray, 2016; Ray y Turkel, 2000). Las dimensiones de esta herramienta son las siguientes:

1. Compasión (apoyo).
2. Defensa.
3. Respeto.
4. Interacción.
5. Negociación.
6. Guía.

Administración

La investigación de Ray ha demostrado que las enfermeras, los pacientes y los administradores valoran la intencionalidad del cuidado, que se crea de manera cooperativa en la relación enfermera-paciente o entre el gestor y las enfermeras. Al crear la relación del cuidado ético, los gestores y el personal pueden transformar el entorno laboral (Ray, Turkel y Cohn, 2011; Ray, Turkel y Marino, 2002). La teoría de la atención burocrática apunta que las organizaciones que promueven las elecciones éticas, el respeto y la confianza se convertirán en las organizaciones de éxito del futuro.

Nyberg estudió con Ray y reconoció el impacto de sus ideas en el libro *A Caring Approach in Nursing Administration* (Nyberg, 1998). Nyberg pide a los administradores de enfermería que creen un sistema afectuoso y compasivo, a la vez que se mantienen como los responsables de la gestión organizativa, los costes y el poder económico. El estudio de Turkel y Ray (2003) en personal de la Fuerza Aérea de EE. UU. dio lugar a una mayor concienciación de estos aspectos en los responsables de políticas civiles y militares.

En la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá (Colombia), la profesora Olga J. Gómez y sus alumnos de Enfermería estudiaron la teoría de la atención burocrática de Ray, centrándose en el papel de la administración de la enfermería hospitalaria (Gómez, comunicación personal, 5 de abril de 2008). Al estudiar la paradoja entre los conceptos del cuidado humano y la economía, los estudiantes desarrollaron un marco para la investigación fenomenológica e investigaron las percepciones de las enfermeras

en ejercicio sobre las relaciones entre cuidado humano, economía y control de los costes sanitarios. Un resultado del estudio fue reconocer la importancia de trabajar juntos en la universidad y en la práctica, de cara a la capacitación y la satisfacción de los clientes en el entorno hospitalario. Finalmente, la teoría de la atención burocrática fue adoptada en 2012 por Iowa Health, Des Moines (tres hospitales), para su aplicación como una guía teórica para la práctica profesional de la enfermería en sus hospitales, con el fin de realizar la solicitud de su reconocimiento como centros de excelencia dentro del programa Magnet Recognition Status (Turkel, 2004).

Formación

La teoría de la atención burocrática es útil en la educación en enfermería en cuanto a que se centra principalmente en los cuidados enfermeros y en el sistema sanitario. La teoría holográfica combina la diferenciación de las estructuras en un marco holístico. El análisis de las estructuras o fuerzas que hay en organizaciones complejas (p. ej., legales, económicas, socioculturales) proporciona una perspectiva de los factores que influyen en las actividades de enfermería. La implicación de estas estructuras con asistencia espiritual-ética pone de relieve los imperativos morales de la práctica y la toma de decisiones de las enfermeras.

Cuando se desarrollaba un nuevo programa de bachillerato en enfermería en el Nevada State College, la facultad se vio particularmente atraída por la teoría debido a su descripción de las dimensiones referidas a la enfermería dentro de una filosofía del cuidado. El marco conceptual del nuevo programa de enfermería combinaba la teoría de la atención burocrática de Ray con ideas teóricas de Watson (1985) y Johns (2000). La figura 8.3 muestra las formas en las que las enfermeras y los clientes interactúan en el sistema sanitario y cómo su reflejo en la práctica influye en este proceso. Una descripción del marco conceptual para el plan de estudios, que se ilustra en la figura 8.3, es la siguiente:

«La teoría holográfica del cuidado reconoce las interconexiones entre todas las cosas, y que todo es un conjunto en un contexto y

una parte del conjunto en otro contexto. El cuidado espiritual-ético pone el énfasis en la comunicación de todos los fenómenos enfermeros, incluyendo las fuerzas físicas, socioculturales, legales, tecnológicas, económicas, políticas y educativas. Las flechas reflejan la naturaleza dinámica del cuidado espiritual-ético de la enfermera y las fuerzas que influyen en la estructura cambiante del sistema sanitario. Estas fuerzas influyen tanto en el cliente/paciente como en la enfermera.»

(Nevada State College, 2010, pág. 2)

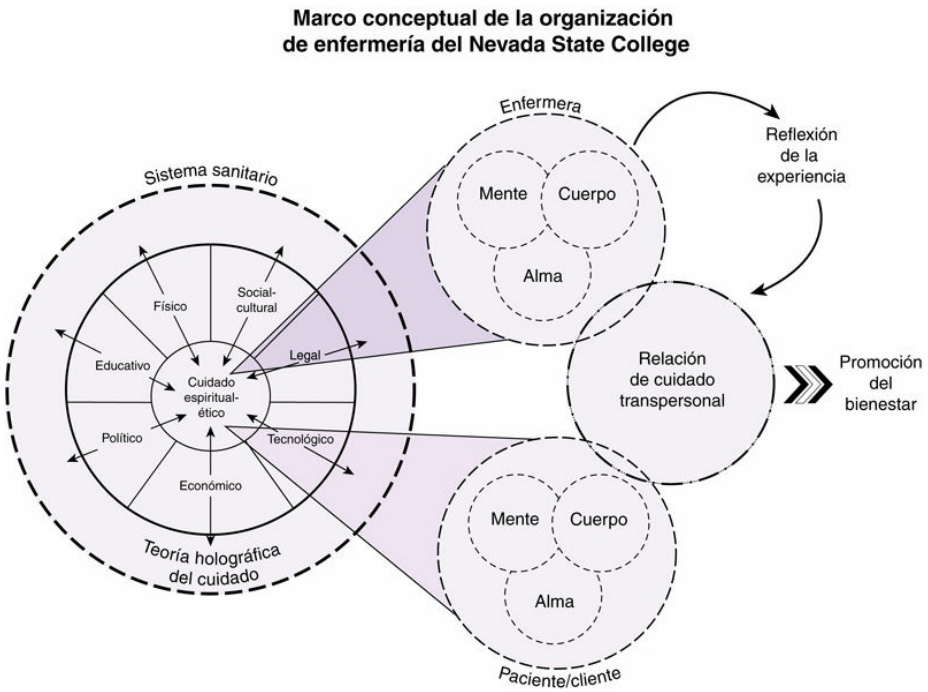


FIGURA 8.3 Marco conceptual de la organización de enfermería del Nevada State College. (Reproducido con autorización del Nevada State College School of Nursing, Henderson, NV, 2010. Gráficos reproducidos a partir de los originales de J. Castle, Nevada State College, Henderson, NV.)

En el sistema sanitario, el cliente-paciente y la enfermera están unidos por medio de una relación de cuidado transpersonal dinámica (Watson, 1985). Mediante la comunicación, la enfermera considera que la persona tiene la capacidad de tomar decisiones. Mediante la reflexión y la experiencia, la enfermera evalúa qué fuerza tiene la máxima influencia en la situación de enfermería (Johns, 2000). La enfermera hace uso de su conocimiento empírico,

ético y personal para conformar y modificar la respuesta estética del paciente. A través de las actividades del cuidado enfermero dentro de la relación transpersonal se puede conseguir el objetivo de la enfermería –la promoción del bienestar mediante la asistencia– (Nevada State College, 2010).

La teoría del cuidado burocrático se está empleando para orientar el desarrollo curricular en el programa de máster en Administración en Enfermería y en el máster de los programas de doctorado de Filosofía y de Enfermería de Práctica Avanzada (PhD y DNP, respectivamente) de la Florida Atlantic University y la Capital University. Las estructuras de la teoría, que incluyen aspectos éticos, espirituales, económicos, tecnológicos, legales, políticos y sociales, actúan como marco conceptual para analizar aspectos actuales sobre el cuidado sanitario. Se invita a los estudiantes a que analicen la estructura económica contemporánea del cuidado sanitario desde una perspectiva asistencial. El cuidado dentro del sistema de la administración sanitaria es un concepto clave en los cursos de enfermería (Ray, comunicación personal, mayo de 2012; Turkel, 2001). Ray enseñaba la teoría del cuidado burocrático a los alumnos de la Facultad de Enfermería de la Kobe University, y algunos docentes de enfermería japoneses, como el Dr. Naohiro Hohashi, introdujeron la teoría en los textos de la bibliografía nipona.

Investigación

A partir de las investigaciones que le llevaron a la teoría de la atención burocrática, Ray desarrolló el abordaje fenomenológico-hermenéutico y el de la demanda del cuidado, que han seguido guiando sus estudios (Ray, 1985, 1991, 1994b, 2011, 2013). Este abordaje de investigación es especialmente importante porque está asentado en la filosofía del humanismo y el cuidar, y anima a las enfermeras a que utilicen la hermenéutica fenomenológica a través del punto de vista del cuidar. La evolución de los métodos de investigación de Ray comenzó con la etnografía-etnoenfermería, la teoría sobre el terreno y la fenomenología, culminando en los abordajes de la demanda del cuidado y el cuidado dinámico complejo (Ray, 2011). Estos abordajes incluyen la generación de

datos, preguntándose por el significado de la vida-mundo de los participantes y de las experiencias relacionales. Las entrevistas y el discurso narrativo son los métodos principales de generación de datos en estos abordajes. En la encuesta asistencial, la ontología del cuidado en la dinámica asistencial compleja incluye la generación y el análisis de datos cualitativos, además de técnicas de obtención y análisis de datos complejos de investigación cuantitativa. El investigador determina los significados esenciales de los fenómenos y la reflexión adicional facilita la interpretación de los datos de la entrevista, transformando los datos en temas y metatemas interpretativos. Los objetivos primordiales son capturar la unidad del significado y sintetizar los significados en una teoría.

Basándose en la teoría de la atención burocrática, Ray y Turkel han desarrollado un programa de investigación que se centra en la enfermería en organizaciones complejas (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray y Turkel, 2015; Ray, Turkel y Cohn, 2011). Estos estudios han explorado, además, el significado del cuidado y la naturaleza de la enfermería en enfermeras hospitalarias, administradores y clientes-pacientes. En la tabla 8.1 se citan las publicaciones que describen este programa en desarrollo.

Tabla 8.1

Publicaciones de investigación relacionadas con la teoría de la atención burocrática

Año	Cita	Objetivo de la investigación y hallazgos
1981	Ray, M. A. Study of caring within an institutional culture. *Dissertation Abstracts International, 42*(06). (University Microfilm No. 8127787)	La tesis analiza el significado de expresiones de cuidado y comportamientos afectuosos en 192 participantes de una cultura hospitalaria. Se extrajeron la teoría sustantiva del cuidado diferencial y el desarrollo formal de la teoría de la atención burocrática
1984	Ray, M. The development of a classification system of institutional caring. En M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health.* Thorofare, NJ: Slack	La exposición analiza el constructo del cuidado dentro del contexto cultural del hospital. El sistema de clasificación incluye símbolos de cuidados culturales de factores psicológicos, prácticos, interaccionales y filosóficos
1987	Ray, M. Technological caring: A new model in critical care. *Dimensions in Critical Care Nursing, 6*(3), 166-173	Este estudio fenomenológico analiza el significado del cuidado para las enfermeras de unidades de cuidados intensivos. El estudio muestra que las decisiones éticas, el razonamiento moral y la toma de decisiones pasan por un proceso de crecimiento y maduración
1989	Ray, M. A. The theory of bureaucratic caring for	El objetivo del estudio es el cuidado en la cultura de las organizaciones. Describe la teoría sustantiva del cuidado

	nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly, 13*(2), 31-42	diferencial y el desarrollo formal de la teoría de la atención burocrática. Con el cuidado en el centro del modelo, el estudio incluye estructuras éticas, espirituales y religiosas, económicas, tecnológicas-fisiológicas, legales, políticas, educativas y sociales
1989	Valentine, K. Caring is more than kindness: Modeling its complexities. *Journal of Nursing Administration,* 19(11), 28-34	Enfermeras, pacientes y gestores sanitarios corporativos proporcionaron datos cuantitativos y cualitativos para definir el cuidado. Los datos se organizaron utilizando el esquema de clasificación que había desarrollado Ray (1984)
1993	Ray, M. A. A study of care processes using total quality management as a framework in a USAF regional hospital emergency service and related services. *Military Medicine, 158*(6), 396-403	Este estudio descriptivo investigó el acceso a los procesos asistenciales en el servicio de urgencias de un hospital militar regional, utilizando un marco conceptual de gestión global de la calidad. El estudio apoya la necesidad de un sistema sanitario descentralizado y coordinado, con más autoridad y control para los mandos locales
1997	Ray, M. The ethical theory of existential authenticity: The lived experience of the art of caring in nursing administration. *Canadian Journal of Nursing Research, 29*(1), 111-126	Se descubrió la autenticidad existencial como la unidad de significado del cuidado para los gestores de enfermería. La misma se describió como una ética de la vida y del cuidado para el bienestar de los miembros del personal de enfermería y para el bien de la organización
1998	Ray, M. A. A phenomenological study of the interface of caring and technology in intermediate care: Toward a reflexive ethics for clinical practice. *Holistic Nursing Practice, 12*(4), 69-77	Este estudio fenomenológico analiza el significado del cuidado de pacientes tecnológicamente dependientes. Los resultados revelaron que la vulnerabilidad, el sufrimiento y las situaciones éticas de moral dudosa y ceguera moral eran la dinámica del cuidado de estos pacientes
2000	Turkel, M., & Ray, M. Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly, 13*(4), 307-313	La teoría formal de la complejidad relacional muestra que la relación del cuidado es compleja y dinámica, es a la vez proceso y resultado, y una función de variables tanto económicas como asistenciales; que, como proceso mutuo, se vive al mismo tiempo como autoorganización relacional y de sistema
2001	Ray, M., & Turkel, M. Impact of TRICARE/managed care on total force readiness. *Military Medicine, 166*(4), 281-289	Se realizó un estudio fenomenológico para ilustrar las descripciones del mundo vital de las experiencias del personal en servicio activo y en la reserva de la USAF con el control de los cuidados dirigidos en los sistemas sanitarios militar y civil. La investigación mostró la necesidad de cambios en la política para satisfacer mejor las necesidades de cuidados de salud de este personal y de sus familias
2001	Turkel, M., & Ray, M. Relational complexity: From grounded theory to instrument theoretical testing. *Nursing Science Quarterly, 14*(4), 281-287	El artículo describe una serie de estudios que examinaban las relaciones en los aspectos del cuidado, económicos, de costes, de calidad, y la relación enfermera-paciente. Los resultados de la teoría revelaron el cuidado relacional como un proceso y el factor predictivo más potente del resultado: la autoorganización relacional que tiene como objetivo el bienestar
2002	Ray, M., Turkel, M., & Marino, F. The	La autoorganización relacional es una respuesta compartida y creativa ante un entorno laboral continuamente cambiante

	transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly, 26*(2), 1-14	e interconectado. Las estrategias de respeto, comunicación, mantenimiento de la visibilidad e integración en la toma de decisiones participativas son los procesos formativos que producen crecimiento y transformación
2003	Turkel, M. A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring, 7*(1), 20-26	El objetivo de este estudio fenomenológico fue determinar el significado del cuidado tal como lo experimentan los gestores de enfermería. Los temas esenciales que surgieron fueron crecimiento, escucha, apoyo, intuición, reconocimiento y frustración
2003	Turkel, M., & Ray, M. A process model for policy analysis within the context of political caring. *International Journal for Human Caring, 7*(3), 17-25	Este estudio fenomenológico muestra las experiencias del personal de la USAF con gestión dirigida en los sistemas de cuidado sanitario militar y civil. Se generó un modelo que perfila el proceso de análisis de políticas

USAF, Fuerza Aérea de EE. UU.

Evolución

El desarrollo de la teoría de la atención burocrática ha sido constante en el programa de Ray de investigación y docencia. Su obra es una síntesis de ciencia de la enfermería, enfermería transcultural, ética, filosofía, ciencia de la complejidad, economía y gestión de organizaciones. El programa de investigación más reciente de Ray fue patrocinado por el programa TriService Nursing Research (Turkel y Ray, 2001). Incluyó el desarrollo de instrumentos y el estudio psicométrico del instrumento de análisis de recursos de la relación enfermera-paciente original, ahora conocido como Relational Caring Questionnaire (con un formulario para el profesional y otro para el paciente) (Ray y Turkel, 2012; Watson, 2009). Estos instrumentos son cuestionarios de tipo Likert para profesionales sanitarios (enfermeras y administradoras, enfermeras o no) y pacientes que miden la relación enfermera-paciente como un recurso administrativo e interpersonal. Estos instrumentos ayudarán a los investigadores a relacionar los recursos no económicos (interpersonales) del cuidado con los recursos del sistema administrativo (incluidos los procedimientos económicos y presupuestarios). Los instrumentos se están traduciendo al sueco y al portugués, y se están validando. Esta investigación interdisciplinaria de primera línea mejorará el conocimiento de los conceptos y las relaciones perfiladas en la teoría de la atención burocrática.

Crítica

Claridad

Las principales estructuras –espirituales-religiosas, éticas, tecnológicas-fisiológicas, sociales, legales, económicas, políticas y educativas– se definen claramente en la publicación de Ray de 1989. Estas definiciones son compatibles con las definiciones que utilizan habitualmente las enfermeras en ejercicio. Tienen consistencia semántica en cuanto a que los conceptos se utilizan de forma compatible con sus definiciones (Chinn y Kramer, 2015). La mayoría de términos no cambió desde el artículo de 1989 hasta la publicación de 2001 y 2006. Sin embargo, algunos conceptos se combinaron o se separaron a medida que evolucionó el desarrollo de la teoría por Ray (Ray, 2010c; Ray y Turkel, 2015) y se actualizaron los conceptos (Wu y Ray, 2016). Por tanto, en este capítulo se han actualizado todos los términos utilizados consultando con la autora. Además, las definiciones formales de los términos **cuidado espiritual-ético, sociocultural, físico** y **tecnológico,** en la medida en que se relacionan con la teoría, se publican por primera vez en este capítulo.

El esquema que se presenta en la figura 8.2 mejora la claridad. La interrelación del cuidado espiritual-ético con las otras estructuras y el carácter abierto del sistema están representados por la organización de los conceptos y las flechas dinámicas. La descripción de Ray de la teoría (Ray y Turkel, 2015) ayuda al lector a percibir las relaciones de la teoría como holográficas.

Sencillez

La teoría de Ray simplifica la dinámica de las organizaciones burocráticas complejas. A partir de las numerosas descripciones del estudio fundamentadas en la teoría inductiva sobre el terreno, Ray derivó el concepto integrador del cuidado espiritual-ético y los siete conceptos interrelacionados de estructuras **físicas, socioculturales, legales, tecnológicas, económicas, políticas** y **educativas.** Dada la complejidad de las organizaciones burocráticas, el número de conceptos es mínimo.

Generalidad

La teoría de la atención burocrática es una filosofía que aborda la naturaleza de la enfermería como cuidado. Alligood (2014) observa que «la filosofía de la enfermería expone el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y el argumento lógico» (pág. 59). La teoría de Ray aborda cuestiones como «¿cuál es la naturaleza de la atención en enfermería?», y «¿cuál es el carácter de la práctica de enfermería como cuidado?». Las filosofías son extensas y ofrecen orientación a la disciplina (Alligood, 2014). La teoría de la atención burocrática propone que los profesionales de enfermería son personas que realizan elecciones guiadas por unos cuidados espirituales-éticos, en relación con estructuras legales, económicas, tecnológicas y de otros tipos.

La teoría de la atención burocrática proporciona un punto de vista único de las organizaciones sanitarias y de cómo los fenómenos de enfermería se interrelacionan como un todo y como partes del sistema. Mediante investigación inductiva se derivaron lógicamente conceptos o fenómenos. El análisis de Ray incorporó ideas tomadas de la ciencia de la complejidad. La conceptualización del sistema sanitario como holográfico pone de relieve la naturaleza holística de los conceptos y las relaciones. A medida que las enfermeras de todas las áreas de la práctica de la enfermería estudien estas nuevas conceptualizaciones, pueden ser llevadas a cuestionarse la posición causa-efecto de antiguas ideas lineales. Por tanto, la teoría de la atención burocrática ofrece la posibilidad de modificar el paradigma o la forma de pensar de las enfermeras en ejercicio.

Accesibilidad

Como la teoría de la atención burocrática está generada por la teoría fundamentada sobre el terreno y ha sufrido revisiones continuas basadas principalmente en la investigación, la precisión empírica es alta y los conceptos se basan en una realidad observable. La teoría corresponde directamente a datos de investigación que se resumen en los trabajos publicados (Ray, 1981a, 1981b, 1984, 1987, 1989, 1997b, 1998; Ray y Turkel, 2012).

Ray, Turkel y Marino utilizaron esta teoría en un programa de investigación sobre la relación enfermera-paciente como un recurso económico (Ray, 1998; Ray, Turkel y Marino, 2002; Turkel, 2003; Turkel y Ray, 2000; 2001; 2003). Estos estudios son una guía para la práctica de la enfermería y mejoran el conocimiento de las enfermeras sobre la dinámica de las organizaciones de asistencia sanitaria. Ray (2001) propone que la atención burocrática culmina «en una visión para conocer la realidad más profunda de la vida de la enfermería» (pág. 426).

Importancia

Entre los aspectos a los que se enfrentan en la actualidad las enfermeras están las limitaciones económicas en el entorno económico, tecnológico y político, y los efectos de estas limitaciones (p. ej., volumen de la plantilla, historia clínica electrónica) sobre la relación enfermera-paciente. Estos son los mismos aspectos que aborda la teoría de la atención burocrática. Las enfermeras que ejercen funciones administrativas, de investigación y clínicas pueden utilizar las dimensiones políticas y económicas de la teoría como marco conceptual para conformar su práctica. Esta teoría es importante para el mundo laboral contemporáneo de las enfermeras.

Ray y Turkel han generado teorías intermedias a partir de su programa de investigación basado en la teoría de la atención burocrática. Ray (1997b) descubrió la teoría de la autenticidad existencial como la unidad de significado del arte del cuidado por parte del gestor de enfermería, y más recientemente ha sido adaptada por Sorbello (2008). Los gestores de enfermería describieron una ética de la vida del cuidado buscando el bienestar de sus enfermeras de plantilla y el bien de la organización. La complejidad relacional (cuidado) se centra en la relación enfermera-paciente en un contexto económico (Davidson, Ray y Turkel, 2011; Ray y Turkel, 2014; Ray, Turkel y Cohn, 2011; Turkel y Ray, 2000, 2001). Datos de estudios muestran que el cuidado relacional entre administradores, enfermeras y pacientes es el factor predictivo más potente de la autoorganización relacional, cuyo objetivo es el bienestar. La autoorganización relacional es una respuesta creativa

compartida que incluye crecimiento y transformación (Ray, Turkel y Marino, 2002). Los procesos transformativos que pueden llevar a la autoorganización relacional incluyen respeto, comunicación, mantenimiento de la visibilidad e implicación en la toma de decisiones participativas en el lugar de trabajo. Por último, la obra de Ray enfatiza en la necesidad de una ética reflexiva para la práctica clínica, para mejorar el conocimiento de cómo los valores profundos y las interacciones morales moldean las decisiones éticas (Ray, 1998, 2016).

Resumen

La teoría de la atención burocrática invita a los profesionales de la enfermería a pensar más allá de su marco de referencia habitual y vislumbrar el mundo holísticamente, mientras consideran el universo como un holograma. La apreciación de la interrelación de las personas, los entornos y los episodios resulta fundamental para comprender esta teoría. La teoría proporciona un punto de vista único de las organizaciones de asistencia sanitaria y de cómo los fenómenos de enfermería se interrelacionan como un todo y como partes de un sistema. Los constructos básicos únicos de la teoría de Ray incluyen el cuidado tecnológico y económico. Las compañeras de Ray y otras expertas continúan desarrollando la teoría. Ray reta a los profesionales de enfermería a contemplar las dimensiones espirituales y éticas de la atención y los complejos sistemas organizativos de atención sanitaria de manera que la teoría de la atención burocrática pueda informar sobre la creatividad de estos profesionales y transformar el mundo del trabajo.

Caso clínico

La Sra. Smith era una mujer viuda de 73 años que vivía sola sin ningún apoyo social significativo. Había sufrido enfisema pulmonar desde hacía varios años y fue ingresada con frecuencia en centros hospitalarios por problemas respiratorios. En su último ingreso, su neumonía derivó rápidamente en insuficiencia orgánica. La muerte parecía inminente y perdía y recuperaba la conciencia, sola en su habitación en el hospital. El personal de enfermería médico-quirúrgico y la directora de enfermería se concentraron en conseguir que el último período de la vida de la

Sra. Smith fuera lo más cómodo posible. Tras consultar con la vicepresidenta de enfermería, la directora de enfermería y los profesionales de esta unidad decidieron no trasladar a la Sra. Smith a la unidad de cuidados paliativos, aunque lo consideraban más económico, debido a la necesidad de protegerla y cuidarla, puesto que estaba ya mostrando signos y síntomas de una muerte inminente. Los profesionales de enfermería se vieron instados a actuar así después de haber leído un artículo sobre atención humana como el «lenguaje de la práctica de la enfermería» (Turkel, Ray y Kornblatt, 2012) en sus reuniones semanales sobre la práctica de los cuidados.

La directora de enfermería reorganizó las asignaciones de pacientes. Pensaba que la recién nombrada enfermera clínica que trabajaba entre las unidades médicas y quirúrgicas podría proporcionar unos cuidados y una coordinación directos de enfermería en el punto de atención (Sherman, 2012). En las horas siguientes, la enfermera clínica y los miembros de su equipo que se presentaron voluntarios proporcionaron una atención personal a la Sra. Smith. La enfermera clínica pidió a la directora de enfermería que indagara sobre la posibilidad de que la Sra. Smith tuviera algún amigo cercano que pudiera «estar allí» en sus momentos finales. Encontraron a una amiga, que acudió para despedirse de la Sra. Smith. Con la ayuda del equipo, la enfermera clínica movió, bañó y limpió a la Sra. Smith. Le habló con calma, rezó y entonó himnos suavemente en la habitación de la Sra. Smith, creando un entorno pacífico que expresaba compasión y un profundo sentido de la atención hacia ella. La directora de enfermería y el personal asignado se sentían tranquilos y con «el corazón alerta» ante los cuidados personales proporcionados por la enfermera clínica y los voluntarios. La Sra. Smith falleció con esas personas a la cabecera de su cama, y todos los miembros de la unidad se sintieron confortados porque no murió sola.

Davidson, Ray y Turkel (2011) observan que la atención de enfermería es compleja, y que la ciencia del cuidado incluye el arte de la práctica, «una estética que ilumina la belleza de la relación dinámica entre enfermera y paciente y hace posibles las elecciones éticas y espirituales auténticas para la transformación: curación, salud, bienestar y muerte en paz» (pág. xxiv). Cuando la enfermera

clínica y el personal de enfermería se comprometieron en esta situación a una práctica de los cuidados que se centró en el bienestar de la paciente, simultáneamente crearon un entorno propicio a la curación que contribuyó al bienestar del *todo:* la atmósfera emocional de la unidad, la capacidad de la enfermera clínica y el resto de su personal de ejercer su profesión de forma caritativa y competente, y la calidad de la atención que el personal era capaz de proporcionar a otros pacientes. La naturaleza burocrática del hospital comprendía los sistemas de liderazgo y administración que conferían poder, autoridad y control a la directora de enfermería, la enfermera clínica y el personal de enfermería en colaboración con la vicepresidenta de enfermería. Las acciones de la dirección de enfermería, los responsables clínicos de enfermería y el resto del personal reflejaron valores y creencias, actitudes y comportamientos sobre la atención de enfermería que proporcionarían, el modo de usar la tecnología y de abordar las relaciones humanas. La elección ética y espiritual de todo el personal y el modo en que comunicó sus valores reflejaron y crearon una comunidad de cuidados en la cultura de trabajo de la unidad hospitalaria.

Actividades de pensamiento crítico

Basándose en este caso clínico, considere las siguientes preguntas.

1. ¿Qué conducta para la atención impulsó a la directora de enfermería a asignar a la enfermera clínica para que se implicara en los cuidados directos de la Sra. Smith? Describa el papel de líder de enfermería clínica establecida por la American Association of Colleges of Nursing en el 2004.
2. ¿Qué cuestiones (éticas, espirituales, legales, socioculturales, económicas y físicas) de la estructura de la teoría de la atención burocrática influyeron en esta situación? Exponga las cuestiones relativas al final de la vida en relación con la teoría.
3. ¿Qué equilibrio aplicó la directora de enfermería para estas cuestiones? ¿Qué consideraciones le llevaron a tomar esa decisión? Exponga el papel y el valor de la enfermera clínica en las unidades de enfermería. ¿Cuál es la diferencia entre

directora de enfermería y enfermera clínica en términos de la práctica de los cuidados en centros hospitalarios complejos? ¿Cómo encaja el papel de la enfermera clínica en la teoría de la atención burocrática para la implementación de la práctica de los cuidados?

4. ¿Qué interrelaciones son evidentes entre las personas de este entorno –es decir, cómo están conectadas en esta situación la vicepresidenta de enfermería, la directora de enfermería, la enfermera clínica, el personal y la paciente–? Compare y contraste el proceso de enfermería tradicional con el lenguaje de Turkel, Ray y Kornblatt (2012) sobre la práctica de los cuidados dentro de la teoría de la atención burocrática.

Referencias para ampliar conocimientos

- International Association for Human Caring, en http://www.humancaring.org.
- Página web de Marilyn Ray, en http://marilynray.com.
- Ray, M. (2016). *Transcultural caring dynamics in nursing and health care* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company. (Libro electrónico con guía para instructores.) Recuperado de http://www.davisplus.com.
- Transcultural Nursing Society, en http://www.tcns.org.

Bibliografía

Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 8th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2014.

Briggs J, Peat FD. *Seven life lessons of chaos: Spiritual wisdom from the science of change*. New York: HarperCollins; 1999.

Campling A, Ray M, Lopez-Devine J. Implementing change in nursing informatics practice. In: Davidson A, Ray M, Turkel M, eds. *Nursing, caring, and complexity science: For human-environment well-being*. New York: Springer; 2011: pp. 325–339.

Chinn PL, Kramer MK. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 9th ed St Louis: Mosby; 2015.

Coffman S, Ray MA. Mutual intentionality: A theory of support processes in pregnant African American women. *Qualitative Health Research*.

1999;9(4):479–492.

Coffman S, Ray MA. African American women describe support processes during high-risk pregnancy and postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2002;31(5):536–544.

Davidson A, Ray M. Studying the human-environment phenomenon using the science of complexity. *Advances in Nursing Science*. 1991;14(2):73–87.

Davidson A, Ray M, Turkel M. *Nursing, caring and complexity science: For human-environment well-being*. New York: Springer; 2011.

Gibson S. Legal caring: Preventing retraumatization of abused children through the caring nursing interview using Roach's six Cs. *International Journal for Human Caring*. 2008;12(4):32–37.

Johns C. *Becoming a reflective practitioner*. Oxford, UK: Blackwell Science; 2000.

Louis M. An investigator's guide to workplace culture. In: Frost P, Moore L, Louis M, Lundberg LC, Martin J, eds. *Organizational culture*. Beverly Hills, CA: Sage; 1985: pp. 73–93.

Moccia P. *New approaches to theory development (Pub. No. 15-1992)*. New York: National League for Nursing; 1986.

Nevada State College *Nursing organizing framework*. Henderson, NV: Author; 2010.

Nyberg JJ. *A caring approach in nursing administration*. Niwot, CO: University Press of Colorado; 1998.

Peat F. *From certainty to uncertainty: The story of science and ideas in the twentieth century*. Washington, DC: Joseph Henry Press; 2002.

Ray M. A philosophical analysis of caring within nursing. In: Leininger M, ed. *Caring: An essential human need*. Thorofare, NJ: Slack; 1981: pp. 25–36.

Ray M. A study of caring within an institutional culture. *Dissertation Abstracts International*. 1981;42(06): (University Microfilms No. 8127787.).

Ray M. The development of a classification system of institutional caring. In: Leininger M, ed. *Care: The essence of nursing and health*. Thorofare, NJ: Slack; 1984: pp. 95–112.

Ray MA. A philosophical method to study nursing phenomena. In: Leininger M, ed. *Qualitative research methods in nursing*. New York: Grune & Stratton; 1985: pp. 81–92.

Ray M. Technological caring: A new model in critical care. *Dimensions in Critical Care Nursing*. 1987;6(3):166–173.

Ray M. The Theory of Bureaucratic Caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*. 1989;13(2):31–42.

Ray MA. Caring inquiry: The esthetic process in the way of compassion. In:

Gaut D, Leininger M, eds. *Caring: The compassionate healer*. New York: National League for Nursing; 1991: pp. 181–189.

Ray MA. Complex caring dynamics: A unifying model for nursing inquiry. *Theoretic and Applied Chaos in Nursing*. 1994;1(1):23–32.

Ray MA. The richness of phenomenology: Philosophic, theoretic, and methodologic concerns. In: Morse J, ed. *Critical issues in qualitative research methods*. Newbury Park, CA: Sage; 1994: pp. 116–135.

Ray MA. Consciousness and the moral ideal: A transcultural analysis of Watson's theory of transpersonal caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997;3(1):25–31.

Ray MA. The ethical theory of existential authenticity: The lived experience of the art of caring in nursing administration. *Canadian Journal of Nursing Research*. 1997;29(1):111–126.

Ray MA. A phenomenologic study of the interface of caring and technology: A new reflexive ethics in intermediate care. *Holistic Nursing Practice*. 1998;12(4):71–79.

Ray MA. Transcultural assessment of older adults. In: Garratt S, Koch S, eds. *Assessing older people: A practical guide for health professionals*. Sydney, Australia: MacLennan & Petty; 2000.

Ray MA. The Theory of Bureaucratic Caring. In: Parker M, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis; 2001: pp. 422–431.

Ray MA. The Theory of Bureaucratic Caring. In: Parker M, ed. *Nursing theories and nursing practice*. 2nd ed Philadelphia: F. A. Davis; 2006: pp. 360–368.

Ray M. Creating caring organizations and cultures through communitarian ethics. *Journal of the World Universities Forum*. 2010;3(5):41–52.

Ray M. *A study of caring within the institutional culture: The discovery of the Theory of Bureaucratic Caring*. Saarbrucken, Germany: Lambert Academic Press; 2010.

Ray M. *Transcultural caring dynamics in nursing and health care*. Philadelphia: F.A. Davis; 2010.

Ray M. Complex caring dynamics: A unifying model for nursing inquiry. In: Davidson A, Ray M, Turkel M, eds. *Nursing, caring, and complexity science: For human-environment well-being*. New York: Springer; 2011: pp. 31–52.

Ray M. Caring inquiry: The esthetic process in the way of compassion. In: Smith M, Parker M, eds. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed Philadelphia: F.A. Davis; 2013: pp. 461–482.

Ray M. *Transcultural caring dynamics in nursing and health care*. 2nd ed Philadelphia: F.A. Davis; 2016.

Ray MA, Turkel MC. Culturally based caring. In: Dunphy L, Winland-Brown J, eds. *Advanced practice nursing: A holistic approach*. Philadelphia: F.A. Davis; 2000: pp. 43–55.

Ray M, Turkel M. A transtheoretical evolution of caring science within complex systems. *International Journal for Human Caring*. 2012;16(2):28–49.

Ray M, Turkel M. Caring as emancipatory nursing praxis: The theory of relational caring complexity. *Advances in Nursing Science*. 2014;37(2):132–146.

Ray M, Turkel M. Marilyn Anne Ray's Theory of Bureaucratic Caring. In: Smith M, Parker M, eds. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed Philadelphia: F.A. Davis; 2015: pp. 461–482.

Ray M, Turkel M, Cohn J. Relational caring complexity: The study of caring and complexity in health care hospital organizations. In: Davidson A, Ray M, Turkel M, eds. *Nursing, caring, and complexity science: For human-environment well-being*. New York: Springer; 2011: pp. 95–117.

Ray M, Turkel M, Marino F. The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*. 2002;26(2):1–14.

Sherman R. Lessons in innovations: Role transition experiences of clinical nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*. 2012;40(12):547–554.

Smircich L. Is the concept of culture a paradigm for understanding organizations and ourselves? In: Frost P, Moore L, Louis M, Lundberg LC, Martin J, eds. *Organizational culture*. Beverly Hills, CA: Sage; 1985: pp. 55–72.

Sorbello B. The nurse administrator as caring person: A synoptic analysis applying caring philosophy, Ray's ethical theory of existential authenticity, the ethic of justice, and the ethic of care. *International Journal for Human Caring*. 2008;12(1):44–49.

Swinderman T. Technological change in health care electronic documentation as facilitated by the science of complexity. In: Davidson A, Ray M, Turkel M, eds. *Nursing, caring, and complexity science: For human- environment well-being*. New York: Springer; 2011: pp. 309–319.

Talbot M. *The holographic universe*. New York: Harper Collins; 1991.

Turkel M. Applicability of bureaucratic caring theory to contemporary nursing practice: The political and economic dimensions. In: Parker M, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis; 2001: pp. 433–444.

Turkel M. A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring*. 2003;7(1):20–26.

Turkel M. *Magnet status: Assessing, pursuing, and achieving nursing excellence*. Marblehead, MA: HCPro; 2004.

Turkel M, Ray M. Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(4):307–313.

Turkel M, Ray M. Relational complexity: From grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(4):281–287.

Turkel M, Ray M. A process model for policy analysis within the context of political caring. *International Journal for Human Caring*. 2003;7(3):17–25.

Turkel MC, Ray MA, Kornblatt L. Instead of reconceptualizing the nursing process let's re-name it. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(2):194–198.

Vicenzi AE, White KR, Begun JW. Chaos in nursing: Make it work for you. *American Journal of Nursing*. 1997;97(10):26–31.

Watson J. *Nursing: Human science and human care*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1985.

Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. 2nd ed New York: Springer; 2009.

Wheatley MJ. *Leadership and the new science: Discovering order in a chaotic world*. 2nd ed San Francisco: Berrett-Koehler; 2006.

Wu J, Ray M. Technological caring for healthcare complexities of patients with cardiac disease comorbid with diabetes. *International Journal for Human Caring*. 2016;20(2):1–5.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Watson J, Ray M, eds. *The ethics of care and the ethics of cure: Synthesis in chronicity*. New York: National League for Nursing; 1988.

Capítulos de libros

France, N., & Ray, M. (2014). Studying caring science in nursing: The foundation of the discipline and profession of nursing at Florida Atlantic University, USA. In L. Pellico M. Oermann D. Hrabe N. France M. Ray et al. (Authors), *Nursing for the curious—Why study nursing* (Chapter 12)? New York: Amazon Digital Services.

Ray MA. Phenomenological method in nursing research. In: Chaska N, ed. *The nursing profession: Turning points*. New York: McGraw-Hill; 1990: pp. 173–179.

Ray MA. Phenomenological method for nursing research. In: Poindexter J,

ed. *Nursing theory. Research & Practice Summer Research Conference monograph*. Detroit: Wayne State University; 1992: pp. 163–174.

Ray MA. Environmental encountering through interiority. In: Schuster E, Brown C, eds. *Exploring our environmental connections*. New York: National League for Nursing Press; 1994: pp. 113–118.

Ray MA. The quality of authentic presence: Transcultural caring inquiry in primary care. In: Wang J, Simoni P, eds. *Proceedings of First International and Interdisciplinary Health Research Symposium*. Morgantown, WV: West Virginia University; 1994: pp. 69–72. At Peking Union Medical College Hospital, Beijing, China, and Zhejiang Medical University, Hangzhou, China (Chinese translation).

Ray MA. Transcultural health care ethics: Pathways to progress. In: Wang J, ed. *Health care and culture*. Morgantown, WV: West Virginia University; 1995:3–9.

Ray MA. Illuminating the meaning of caring: Unfolding the sacred art of divine love. In: Roach MS, ed. *Caring from the heart: the convergence between caring and spirituality*. New York: Paulist Press; 1997: pp. 163–178.

Ray MA. Caring foundations of deacony. In: Ryokas T, Keissling K, eds. *Spiritus-Lux-Caritas*. Lahti, Finland: Deaconal Institution of Lahti; 1999: pp. 225–236.

Ray MA. Critical theory as a framework to enhance nursing science. In: Polifroni E, Welch M, eds. *Perspectives on philosophy of science in nursing*. Philadelphia: Lippincott; 1999: pp. 382–386.

Ray MA. Complex culture and technology: Toward a global caring communitarian ethics of nursing. In: Locsin R, ed. *Concerning technology and caring*. Westport, CT: Greenwood; 2001: pp. 41–52.

Ray M. Technological caring as a dynamic of complexity in nursing practice. In: Barnard A, Locsin R, eds. *Perspectives on technology and nursing practice*. United Kingdom: Palgrave; 2007.

Ray M. The theory of bureaucratic caring. In: Smith M, Turkel M, Wolf Z, eds. *Caring in nursing classics: An essential resource*. New York: Springer; 2013: pp. 309–320.

Ray M, Morris E, McFarland M. Ethnonursing method of Dr. Madeleine Leininger. In: Beck C, ed. *Encyclopedia of qualitative research methods*. New York: Routledge; 2013: pp. 213–229.

Ray MA, Turkel MC. Culturally based caring. In: Dunphy L, Winland-Brown J, eds. *Advanced practice nursing: A holistic approach*. Philadelphia: F.A. Davis; 2000: pp. 43–55.

Ray M, Turkel M. Marilyn Anne Ray's Theory of Bureaucratic Caring. In: Smith M, Parker M, eds. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015: pp. 461–482.

Artículos de revistas

Douglas MK, Kemppainen JK, McFarland MR, Papadopoulos I, Ray MA, Roper JM, et al. Chapter 10: Research methodologies for investigating cultural phenomena and evaluating interventions. *Journal of Transcultural Nursing*. 2010;21(4):S373–S405.

Grumme V, Barry C, Gordon S, Ray M. On virtual presence. *Advances in Nursing Science*. 2016;10: 1097/ANS. 000000000000103.

Ray M. Transcultural caring in primary care. *National Academies of Practice Forum*. 1999;1(1):177–182.

Ray MA. Technological caring: A new model in critical care. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1987;2(3):166–173.

Ray MA. A theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*. 1989;13(2):31–42.

Ray MA. Critical theory as a framework to enhance nursing science. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(3):98–101.

Ray MA. A study of care processes using Total Quality Management as a framework in a USAF regional hospital emergency service and related services. *Military Medicine*. 1993;158(6):396–403.

Ray MA. A theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *The Japanese Journal of Nursing Research*. 1993;1:14–24.

Ray MA. Communal moral experience as the research starting point for health care ethics. *Nursing Outlook*. 1994;42(3):104–109.

Ray MA. Complex caring dynamics: A unifying model for nursing inquiry. *Theoretic and Applied Chaos in Nursing*. 1994;1(1):23–32.

Ray MA. Interpretive analysis of Olson's book. The life of illness: One woman's journey. *Qualitative Health Research*. 1994;2(2):250–253.

Ray MA. Transcultural nursing ethics: A framework and model for transcultural ethical analysis. *Journal of Holistic Nursing*. 1994;12(3):251–264.

Ray MA. Consciousness and the moral ideal: Transcultural analysis of Watson's Transpersonal Caring Theory. *Advanced Nursing Practice Journal*. 1997;3(1):25–31.

Ray MA. The ethical theory of Existential Authenticity: The lived experience of the art of caring in nursing administration. *Canadian Journal of Nursing Research*. 1997;22(1):111–126.

Ray MA. Complexity and nursing science. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(3):91–93.

Ray MA. The interface of caring and technology: A new reflexive ethics in

intermediate care. *Holistic Nursing Practice*. 1998;12(4):71–79.

Ray MA. The future of caring in the challenging health care environment. *International Journal for Human Caring*. 1999;3(1):7–11.

Ray MA. A celebration of a life of commitment to transcultural nursing: Opening of the Madeleine M. Leininger Collection on Human Caring and Transcultural Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*. 2011;22(1):97.

Ray M. Rootedness in holistic nursing: The ontologic mystery and structure of caring. *Beginnings*. 2015;35(2):12–14.

Ray MA, Didominic VA, Dittman PW, Hurst PA, Seaver JB, Sorbello BC, et al. The edge of chaos: caring and the bottom line. *Nursing Management*. 1995;9:48–50.

Ray M, Turkel M. Impact of TRICARE/managed care on total force readiness. *Military Medicine*. 2001;166(4):281–289.

Ray M, Turkel M, Marino F. The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*. 2002;26(2):1–14.

Turkel M, Ray M. Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(4):307–313.

Turkel M, Ray M. Relational complexity: From grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(4):281–287.

Turkel M, Ray M. A process model for policy analysis within the context of political caring. *International Journal for Human Caring*. 2003;7(3):17–25.

Turkel M, Ray M. Creating a caring practice environment through self-renewal. *Nursing Administration Quarterly*. 2004;28(4):249–254.

Turkel M, Ray MA. Models of caring practice. [Editorial.]. *International Journal for Human Caring*. 2005;9(3):7–8.

Fuentes secundarias

Capítulos de libros

Coffman S. Caring. In: Berman A, Snyder S, eds. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. 10th ed Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2015: pp. 448–461.

Turkel M. Applications of Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. In: Parker M, ed. *Nursing theories and nursing practice*. 2nd ed Philadelphia: F.A. Davis; 2006: pp. 369–379.

Artículos de revistas

Andrews M, Backstrand JR, Boyle JS, Campinha-Bacote J, Davidhizar RE,

Doutrich D, et al. Chapter 3: Theoretical basis for transcultural care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2010;21(4):S53–S136.

Dyess SM, Prestia AS, Smith MC. Support for caring and resiliency among successful nurse leaders. *Nursing Administrative Quarterly*. 2015;39(2):104–116.

Honda J, Ray M, Hohashi N. Ray's Theory of Bureaucratic Caring and nursing organization management. *Health Care*. 2013;55(12):819–825.

Johnson P. Ray's Theory of Bureaucratic Caring: A conceptual framework for APRN primary care providers and the homebound population. *International Journal for Human Caring*. 2015;19(2):41–44.

Martin M. Gender equality and the empowerment of women in Arab countries: A transcultural caring perspective. *International Journal for Human Caring*. 2015;19(1):13–18.

Prestia A. Chief nursing officer sustainment: A phenomenological inquiry. *Journal of Nursing Administration*. 2015;45(11):575–581.

Prestia A. Existential authenticity: Caring strategies for living leadership presence. *International Journal for Human Caring*. 2016;20(11):8–11.

Turkel M. Dr. Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. *International Journal for Human Caring*. 2007;11(4):57–70.

Tesis doctorales y disertaciones

Eggenberger, T. (2011). *Holding the frontline: The experience of being a charge nurse in an acute care setting.* PhD Dissertation, Florida Atlantic University, Boca Raton, Florida.

Hilsenbeck, J.R. (2006). *Unveiling the mystery of covenantal trust: The theory of the social process between the nurse manager and the chief nursing officer.* DNS dissertation, Florida Atlantic University, United States—Florida. Retrieved from ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT3244888).

Créditos de la fotografía: M. Dauley, Artistic Images, Littleton, CO.

9

Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería

Karen A. Brykczynski[*]

«La relación enfermera-paciente no es un programa uniforme, profesionalizado, sino un caleidoscopio de intimidad y distancia en algunos de los momentos de la vida más dramáticos, conmovedores y triviales.»

(Benner, 1984a)

Patricia Benner

Acreditaciones y antecedentes

Patricia Benner nació en Hampton (Virginia) y pasó su infancia en California, donde inició sus estudios de enfermería. En 1964 se licenció en Enfermería en el Pasadena College. Después, en 1970, cursó un máster de especialización en Enfermería médico-quirúrgica en la Facultad de Enfermería de la University of California, San Francisco (UCSF). En 1982 obtuvo el doctorado en Estrés, Afrontamiento y Salud en la University of Berkeley (California) y en 1984 se publicó su tesis (Benner, 1984b). Benner

posee una amplia experiencia clínica en cuidados médico-quirúrgicos agudos, en cuidados intensivos y en el cuidado de salud domiciliario.

La experiencia de Benner como investigadora es amplia, ya que empezó a trabajar en investigación en 1970 como enfermera investigadora posgraduada en la Facultad de Enfermería de la UCSF. Tras concluir su doctorado en 1982, se convirtió en profesora asociada en el Departamento de Enfermería Fisiológica de la UCSF, y en 1989 obtuvo el puesto de profesora. En 2002 se trasladó al Department of Social and Behavioral Sciences de la misma universidad como la primera en ocupar la Thelma Shobe Cook Endowed Chair in Ethics and Spirituality. Impartió cursos de doctorado y másteres, y participó en tres o cuatro comités de evaluación de tesis cada año. Benner abandonó la docencia a dedicación completa en 2008 como profesora emérita de la UCSF, pero sigue realizando actividades como conferenciante, docente y profesora visitante, además de redactar artículos y participar en proyectos de investigación. En la actualidad es la responsable de desarrollo jefe de educatingnurses.com y colabora con la Dra. Pat Hooper-Kyriakidis para seguir desarrollando el programa de aprendizaje NovEx, para sustituir al libro de texto.

Benner es autora de una amplia colección de textos y ha recibido numerosos premios y reconocimientos, entre los cuales el más reciente es su inclusión en la Sociedad de Enfermería Danesa como miembro honorario, y el Premio al Mejor Autor de Libros Internacional de Sigma Theta Tau compartido con sus coeditores por *Interpreting Phenomenology in Health Care Research* (Chan et al., 2010). En 1984, 1989, 1996, 1999 y 2011 recibió los Premios al Libro del Año del *American Journal of Nursing* por *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984a), *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness* (1989, con Wrubel), *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (1996, con Tanner y Chesla), *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (1999, con Hooper-Kyriakidis y Stannard) y la segunda edición de *Clinical Wisdom* (2011), respectivamente. *The Crisis of Care: Affirming and Restoring Caring Practices in the Helping Professions* (1994), editado por Susan S. Phillips y Patricia Benner, fue seleccionado para la lista CHOICE de

Libros Académicos Destacados en 1995. Los libros de Benner y varios de sus artículos han sido traducidos a 10 idiomas. Benner recibió el Premio al CD-ROM del Año del *American Journal of Nursing* por *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2001, con Hooper-Kyriakidis y Stannard).

En 1985, Benner se incorporó a la American Academy of Nursing. Recibió el Premio Linda Richards por su liderazgo en la formación en 1989, el Premio a la Excelencia en el Liderazgo para la Formación en Enfermería en 2010 y el Premio de la Presidencia a la Creatividad e Innovación en la Formación en Enfermería, los tres de la National League for Nursing (NLN). En 1990, recibió el Premio a la Excelencia en Investigación de Enfermería y a la Excelencia en Formación de Enfermería de la California Organization of Nurse Executives. También fue distinguida con el Premio al Alumno del Año del Point Loma Nazarene College (anteriormente Pasadena College) en 1993. En 1994, Benner se convirtió en miembro honorario del Royal College of Nursing, Reino Unido. En 1995, recibió el Premio Helen Nahm a la Investigación del profesorado de UCSF por su contribución a la ciencia y la investigación en enfermería. Benner fue distinguida con un premio por sus destacadas contribuciones a la profesión de las National Council of State Boards of Nursing en 2002, por el desarrollo del instrumento Taxonomy of Error, Root Cause and Practice (TERCAP), una herramienta electrónica de recogida de datos usada para recabar las fuentes y la naturaleza de los errores de enfermería (Benner et al., 2002).

En 2002, el Institute for Nursing Healthcare Leadership conmemoró el impacto del libro señero *From Novice to Expert* (1984a) con un premio que reconocía 20 años de recogida y extensión de la sabiduría clínica, el aprendizaje basado en la experiencia y las prácticas de cuidados, y con la celebración de una conferencia titulada «Abriendo camino: el poder de las enfermeras expertas para definir el futuro». Benner recibió el Premio al Espíritu Pionero de la American Association of Critical Care Nurses en mayo de 2004 por su trabajo sobre la adquisición de competencias y la articulación del conocimiento de enfermería en los cuidados críticos. En 2007 fue seleccionada para el Wall of Fame de la UCSF

School of Nursing y recibió el Premio a la Excelencia en Investigación de la American Organization of Nurses Executives (AONE). En 2008, Benner fue considerada la cuarta enfermera más prestigiosa en los últimos 60 años por la revista *Nursing Standard* del Reino Unido. Fue profesora visitante en la University of Pennsylvania School of Nursing en 2009 y en la Seattle University School of Nursing en 2013. Junto con su marido y colega, Richard Benner, Patricia Benner ejerce la asesoría en todo el mundo en relación con los modelos de desarrollo de la práctica clínica (CPDM, *clinical practice development models*) (Benner y Benner, 1999). Benner fue nombrada directora de Estudios de Formación de Enfermería para el Preparation for the Professions Program (PPP) de la Carnegie Foundation en marzo del 2004. El libro publicado por la Carnegie Foundation para el Advancement of Teaching National Nursing Education Study, *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation,* fue distinguido como el Libro del Año del *American Journal of Nursing* de 2010, y con el Prose Award for Scholarly Writing. Este estudio de alcance nacional versaba sobre la formación profesional y el cambio desde la profesionalidad técnica a una profesión cívica. En 2011, la American Academy of Nursing reconoció a Patricia Benner como una leyenda viva.

Fuentes filosóficas

Benner reconoce que en sus pensamientos sobre enfermería ha influido enormemente Virginia Henderson. Ha estudiado la práctica en enfermería clínica en un intento por descubrir y describir el conocimiento integrado en la práctica de la enfermería. Mantiene que el conocimiento se acumula con el tiempo en una disciplina práctica y se desarrolla a través del aprendizaje experimentado, el razonamiento y la reflexión situados sobre la práctica en situaciones concretas. Se refiere a este trabajo como una **investigación de la articulación,** definida como la «descripción, ilustración y suministro de un lenguaje a ámbitos dados por supuestos de la sabiduría práctica, el conocimiento experto y las nociones de las buenas prácticas» (Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 1999, pág. 5). Una de las primeras distinciones teóricas que Benner ha establecido es la diferencia entre la práctica y el

conocimiento teórico. Benner ha afirmado que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica «consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina» (1984a, pág. 3). Ella considera que las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos y que «la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías en enfermería carezcan de la singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta» (Benner, 1983, pág. 36).

Mediante citas de Kuhn (1970) y Polanyi (1958), ambos filósofos de la ciencia, Benner (1984a) ha destacado la diferencia entre el «saber práctico», un conocimiento práctico que puede eludir formulaciones abstractas y precisas, y el «saber teórico» o explicaciones teóricas. Las situaciones clínicas siempre son más variadas y complicadas de lo que la teoría muestra. Por tanto, la práctica clínica es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento. Estudiando la práctica, las enfermeras descubren nuevos conocimientos. La enfermería debe desarrollar el conocimiento a partir de la práctica (saber práctico) y, mediante la investigación y la observación, empieza a registrar y desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. Idealmente, la práctica y la teoría establecen un diálogo que abre nuevas posibilidades. La teoría proviene de la práctica y la práctica es ampliada por la teoría.

Hubert Dreyfus introdujo a Benner en la fenomenología. Stuart Dreyfus, en investigación de operaciones, y Hubert Dreyfus, en filosofía, ambos profesores de la University of California, en Berkeley, desarrollaron el modelo Dreyfus de adquisición de habilidades (Dreyfus y Dreyfus, 1980, 1986), que Benner utilizó en su obra *From Novice to Expert* (1984a). Asimismo, Benner reconoce la erudición, las enseñanzas y la colaboración de Jane Rubin (1984) como fuentes de inspiración e influencia, especialmente en relación con los trabajos de Heidegger (1962) y Kierkegaard (1962). Richard Lazarus (Lazarus, 1985; Lazarus y Folkman, 1984) la introdujo en el campo del estrés y el afrontamiento. Judith Wrubel ha colaborado y escrito obras con Benner durante años y ha participado en la

ontología y las prácticas del cuidado (Benner y Wrubel, 1989). Otras influencias filosóficas y éticas del trabajo de Benner son Dunne (1993), Løgstrup (1995a; 1995b, 1997), MacIntyre (1981, 1999), Martinsen (Alvsvåg, 2014), Merleau-Ponty (1962), O'Neill (1996) y Taylor (1971, 1989, 1991, 1993, 1994).

Benner (1984a) adaptó el modelo de Dreyfus a la práctica en enfermería clínica. Los hermanos Dreyfus desarrollaron el modelo de adquisición de habilidades estudiando la actuación de jugadores de ajedrez y de pilotos de líneas aéreas (Dreyfus y Dreyfus, 1980, 1986). Este modelo es situacional y describe los cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades: 1) principiante; 2) principiante avanzado; 3) competente; 4) eficiente, y 5) experto. El modelo postula que los cambios en los cuatro aspectos de la ejecución tienen lugar en la transición mediante los niveles de adquisición de habilidades: 1) se pasa de confiar en los principios y las normas abstractas a utilizar la experiencia específica y pasada; 2) se cambia la confianza en el pensamiento analítico basado en normas por la intuición; 3) cambio en la percepción de la situación por parte del aprendiz al pasar de contemplarla como un conjunto de *bits* de igual importancia a considerarla un todo cada vez más complejo, en el cual determinadas partes destacan por su mayor o menor relevancia, y 4) se pasa de ser un observador individual, desde fuera de la situación, a tener una posición de implicación total en la situación (Benner, Tanner y Chesla, 1992).

Debido a que el modelo se basa en la situación y no en el rasgo, el nivel de rendimiento no es una característica individual de un ejecutor individual, sino una función de la familiaridad de una enfermera concreta con una situación particular, combinada con su formación académica. El nivel conseguido con la actuación solo puede determinarse mediante la validación consensuada de expertos y mediante la valoración de los resultados de la situación (Benner, 1984a). Al aplicar el modelo a la enfermería, Benner observó que «la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida cuando tiene lugar a partir de una base educativa sólida» (1984a, pág. xix). Benner (1984a) definió la habilidad y la práctica cualificada como poner en práctica las intervenciones enfermeras cualificadas y las habilidades de decisión clínica en situaciones clínicas reales. En ningún caso se refieren a

habilidades psicomotoras u otras habilidades fuera del contexto de la práctica enfermera.

En las siguientes investigaciones realizadas para explicar mejor el modelo de Dreyfus, Benner identificó dos aspectos de la práctica interrelacionados que también distinguen los niveles de práctica de principiante avanzado a experto (1992, 1996). En primer lugar, los médicos con diferentes niveles de práctica se encuentran en diferentes entornos clínicos, identifican distintas necesidades específicas que necesitan una acción y responden a ellas. En segundo lugar, el personal clínico desarrolla lo que Benner denominó sentido de responsabilidad hacia el paciente, lo que lo convierte en parte integrante del equipo de cuidado sanitario. Las habilidades que proporciona la experiencia enfermera y el conocimiento perceptivo que las enfermeras desarrollan como responsables de las decisiones que toman a partir de la «*gestalt* de la situación» las conducen a seguir la intuición en la búsqueda de pruebas para confirmar los leves cambios que observan en los pacientes (1984a, pág. xviii).

El concepto de experiencia definido como el resultado de cuestionar, especificar o negar las nociones preconcebidas en una situación se basa en los trabajos de Heidegger (1962) y Gadamer (1970). A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. La pericia se desarrolla a medida que el clínico demuestra las expectativas basadas en un principio y las modifica aplicándolas a una situación real. La influencia de Heidegger es obvia en esta y en las siguientes obras de Benner sobre la primacía del cuidado. Benner rechazó las descripciones cartesiano-dualistas de la persona como mente y cuerpo, y se adhirió a la descripción fenomenológica de la persona que Heidegger elaboró, como un ser que se autointerpreta y está interesado por sus preocupaciones, prácticas y experiencias vitales. Las personas siempre están **ligadas a una situación** –es decir, dependen del contexto en el que se encuentran–. Heidegger (1962) definió el **conocimiento práctico** como el que se obtiene cuando un individuo se ve implicado en una situación. Como seres humanos tenemos inteligencia, lo que significa que llegamos a cosas nuevas por estar en situaciones. Cuando nos encontramos con una situación familiar, expresamos

reconocimiento de su significado. Por ejemplo, después de ser testigo de alguien que ha desarrollado un embolismo pulmonar, una enfermera observa matices cualitativos y tiene la habilidad de reconocimiento antes que otras enfermeras que no lo han visto antes. Benner y Wrubel (1989) afirmaron: «La actividad práctica, posible gracias a nuestra inteligencia, se ha considerado durante mucho tiempo como una actividad "inferior" a la actividad intelectual y reflexiva». Pero también afirmaron que las capacidades intelectuales y reflexivas dependen del **conocimiento que poseemos** (pág. 43). Este conocimiento y el significado del ser son premisas para la capacidad de cuidado; todo tiene una importancia y «provoca que nos impliquemos en nuestras preocupaciones y nos definamos a partir de ellas» (pág. 42).

Cuando realizaba su doctorado en Berkeley, Benner fue ayudante de investigación de Richard S. Lazarus (Lazarus, 1985; Lazarus y Folkman, 1984), conocido por su teoría del estrés y del afrontamiento. Como parte de un estudio más amplio de Lazarus, Benner llevó a cabo una investigación sobre el significado del trabajo y el afrontamiento para los hombres en la mitad de su carrera profesional que se publicó con el título de *Stress and Satisfaction on the Job: Work Meanings and Coping of Mid-Career Men* (1984b). Se considera que la teoría del estrés y del afrontamiento de Lazarus pertenece a la fenomenología, porque la persona constituye significados y, a su vez, está constituida por ellos. El estrés es la interrupción de significados y el afrontamiento es lo que la persona hace para combatir esta interrupción. Tanto llevar a cabo una acción como abstenerse de realizarla son métodos de afrontamiento. Este está unido a los significados inherentes a lo que la persona interpreta como estresante. El modo en que la persona se encuentra en la situación determina las diferentes posibilidades. Al aplicar este concepto a la práctica enfermera clínica, Benner planteó la teoría de que las enfermeras marcan la diferencia, porque abordan las situaciones desde una perspectiva de cuidado.

El enfoque de Benner del desarrollo del conocimiento que comenzó con *From Novice to Expert* (1984a) constituye el inicio de una tradición creciente para el aprendizaje a partir de la práctica enfermera clínica a través de la recogida e interpretación de ejemplos (Benner, 1994; Benner y Benner, 1999; Benner, Tanner y

Chesla, 1996; Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 1999). Benner y Benner (1999) afirmaron lo siguiente:

«Proporcionar cuidados efectivos al paciente/familiar requiere un apoyo mutuo y atento en una comunidad moral de profesionales que buscan crear y mantener una buena práctica… Esta visión de la práctica está tomada de la tradición aristotélica de la ética (Aristóteles, 1985) y la articulación más reciente de esta tradición por parte de Alasdair MacIntyre (1981), donde la práctica se define como un esfuerzo colectivo que tiene nociones interiores correctas en la práctica… Sin embargo, estos esfuerzos colectivos deben ser comprendidos por los profesionales de forma individual desde una perspectiva del saber práctico, el arte, la ciencia y la imaginación moral, que continúan creando una buena práctica.»

(Págs. 23-24).

Principales conceptos y definiciones

Principiante

En el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades, la persona que se encuentra en el estadio de **principiante** no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. Para guiar la actuación, hay que proporcionar normas fuera de contexto y atributos objetivos. Existen dificultades para diferenciar entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Por regla general, este nivel se corresponde con los estudiantes de Enfermería, pero Benner sugirió que también se podría aplicar este nivel a enfermeras expertas en un área determinada que deben enfrentarse a una situación o área completamente extraña para ellas, como el traslado desde unos cuidados médico-quirúrgicos generales para adultos a cuidados intensivos de neonatos (Benner, 1984a).

Principiante avanzada

La **principiante avanzada** del modelo de Dreyfus es la persona que

puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación (Benner, 1984a). A diferencia de lo que sucede con los atributos y las características, no pueden objetivizarse los aspectos del todo, ya que requieren que la experiencia se base en la identificación del contexto de la situación.

Las enfermeras en este nivel siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. A pesar de ello, Dreyfus y Dreyfus (1996) han afirmado que:

«La experiencia práctica en situaciones específicas con elementos significativos que ni el instructor ni el estudiante pueden definir objetivamente ayuda al principiante avanzado a reconocer intuitivamente estos elementos cuando se presentan. Estos elementos recién identificados se denominan "situacionales" para diferenciarlos de los elementos objetivos del dominio de habilidades que el principiante es capaz de reconocer antes de encontrarse con un caso específico.»

(Pág. 38)

En el estadio de principiante avanzado, las enfermeras estudian las situaciones clínicas para demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan, y no les interesa tanto conocer las necesidades y respuestas de los pacientes (Benner et al., 1992). En esta etapa las enfermeras se sienten muy responsables del control del cuidado del paciente; no obstante, aún dependen en gran medida del consejo de enfermeras con más experiencia (Benner et al., 1992). Benner situó a las enfermeras recién graduadas en este nivel.

Competente

Aprendiendo de las situaciones reales de práctica e imitando las

acciones de los demás, la principiante avanzada pasa al estadio de **competente** (Benner, Tanner y Chesla, 1992). Este nivel del modelo de Dreyfus se caracteriza por una planificación consciente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no (Benner, 1984a).

La coherencia, la previsión y la gestión del tiempo son importantes en el desempeño competente. Un cierto grado de experiencia por medio de la planificación y la previsión (Benner, Tanner y Chesla, 1992). El nivel de eficiencia aumenta, pero «la atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo con respecto a las necesidades del paciente» (Benner, Tanner y Chesla, 1992, pág. 20). La enfermera competente puede desarrollar una hiperresponsabilidad hacia el paciente, a menudo innecesaria, lo que puede conllevar una visión omnipresente y crítica de sí misma (Benner, Tanner y Chesla, 1992).

El estadio competente es crucial en el aprendizaje clínico, ya que el aprendiz empieza a reconocer los patrones y a determinar qué elementos de la situación merecen atención y cuáles no. La enfermera competente elabora nuevas normas y procedimientos de razonamiento para una planificación, aplicando las normas de actuación aprendidas en función de los hechos pertinentes de la situación. Para llegar a ser eficiente, la enfermera competente deja que la situación le indique las respuestas (Dreyfus y Dreyfus, 1996). Para que una enfermera pase de la competencia a la eficiencia, es necesario estudiar los puntos para determinar la importancia de la enseñanza y el aprendizaje activos (Benner, 2005; Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 1999; Benner, Malloch y Sheets, 2010; Benner, Tanner y Chesla, 1996). La fase competente del aprendizaje es clave en la formación del comportamiento ético cotidiano de la enfermera (Benner, 2005).

La ansiedad está en la actualidad más relacionada con la situación que en la fase de aprendizaje o principiante avanzada, cuando existe un nerviosismo generalizado acerca de la necesidad de aprender y ejercer bien sin cometer errores. La mentorización en esta fase debe alentar a que las enfermeras con nivel de competencia suficiente avancen hacia la sensación de que las cosas no son tan normales, o incluso a vagos sentimientos de pálpito o

nerviosismo, ya que deben aprender a decidir lo que es relevante sin reglas que las guíen. Las enfermeras en esta etapa se alegran cuando realizan bien su trabajo y sienten remordimientos cuando admiten que su rendimiento podría haber sido más eficaz o adecuado porque prestaron atención a las cosas erróneas u omitieron signos y síntomas sutiles relevantes. Estas respuestas emocionales se producen en las fases de formación de la apreciación estética de las buenas prácticas. Tales sentimientos de satisfacción y desazón por el desempeño propio actúan como una brújula moral que guía el aprendizaje en la experiencia, la ética y la clínica. «Existe una tensión acumulada entre las estrategias conscientes basadas en reglas y máximas para la organización, la planificación y la predicción y el desarrollo de una práctica más basada en las respuestas, como se señala en nuestro estudio de las enfermeras de cuidados críticos» (Benner, 2005, pág. 195).

Eficiente

En el estadio **eficiente** del modelo Dreyfus, la persona percibe la situación como un conjunto (imagen completa), en vez de dividirla en aspectos, y la actuación se guía por máximas. El estadio eficiente es un salto cualitativo respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los principales aspectos y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce (Benner, 1984a).

Las enfermeras eficientes muestran una nueva habilidad para considerar la relevancia de los cambios en una situación, así como el reconocimiento y la capacidad de implantación de respuestas cualificadas en una situación a medida que evoluciona. Ya no se fían solo de los objetivos prefijados de la organización, y están más seguras de sus conocimientos y habilidades (Benner, Tanner y Chesla, 1992). En este estadio, la enfermera está más implicada con el paciente y su familia. El estadio eficiente es una transición hacia el nivel de experto (Benner, Tanner y Chesla, 1996).

Experto

El quinto estadio del modelo de Dreyfus se alcanza cuando «la persona experta ya no se basa en el principio analítico (es decir, norma, directriz, máxima) para justificar su comprensión de la situación y llevar a cabo la acción adecuada» (Benner, 1984a, pág.

31). Para Benner, la enfermera **experta** posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Existe un cambio cualitativo, ya que la enfermera «conoce al paciente», lo que significa que conoce los clásicos patrones de respuesta, y que lo conoce como persona. Los principales aspectos de la práctica experta son los siguientes (Benner, Tanner y Chesla, 1996):

- Demostración de dominio clínico y de la práctica basada en los recursos.
- Asimilación del saber práctico.
- Visión general.
- Previsión de lo inesperado.

La enfermera experta posee la habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. Para la enfermera experta, conocer las preocupaciones y las necesidades reales del paciente es muy importante, incluso si ello significa planificar y negociar un cambio en el plan de cuidados. La identidad es prácticamente transparente para ella (Benner, Tanner y Chesla, 1992).

Aspectos de una situación

Los **aspectos** son los elementos recurrentes, situacionales y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera (Benner, 1984a).

Atributos de una situación

Los **atributos** son las propiedades medibles de una situación que puede entenderse sin haberla vivido anteriormente (Benner, 1984a).

Competencia

La **competencia** es «un área definida como una actuación cualificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significados» (Benner, 1984a, pág. 292). Este término no está relacionado con el estadio competente del modelo de Dreyfus.

Dominio

El **dominio** es un área de práctica formada por una serie de competencias con intenciones, funciones y significados similares (Benner, 1984a).

Ejemplo

Un **ejemplo** es un caso que ilustra una situación clínica que transmite una o más intenciones, significados, funciones o resultados fácilmente traducibles a otras situaciones clínicas (Benner, 1984a).

Experiencia

La **experiencia** no consiste en un simple período, sino en un proceso activo de redefinición y cambio de las teorías, nociones e ideas preconcebidas al confrontarlas con las situaciones reales. Implica que existe un diálogo entre lo que ocurre en la práctica y lo que se esperaba (Benner y Wrubel, 1982).

Máxima

La **máxima** es una descripción en clave de una actuación cualificada que requiere un cierto grado de experiencia para reconocer las implicaciones de las instrucciones (Benner, 1984a).

Caso paradigmático

Un **caso paradigmático** es la experiencia clínica que destaca y modifica el modo en que una enfermera percibe y entiende las situaciones clínicas futuras (Benner, 1984a). Los casos paradigmáticos producen nuevas ideas clínicas, y abren nuevas perspectivas y alternativas clínicas.

Importancia

La **importancia** describe una actitud perceptiva o un conocimiento incorporado que sirve para valorar los aspectos de una situación y determinar si son más o menos significativos (Benner, 1984a).

Comportamiento ético

El **comportamiento ético** es una buena conducta nacida de una relación individualizada con el paciente que comporta embarcarse en una situación particular e implica un sentido de pertenencia al grupo profesional correspondiente. Está socialmente arraigado,

vivido y plasmado en las prácticas y las formas de ser, y responde a una situación clínica que fomenta el bienestar del paciente (Day y Benner, 2002). «Los criterios clínicos y éticos son inseparables y deben guiarse por estar con y entender los problemas humanos y las posibilidades en situaciones concretas» (Benner, 2000, pág. 305).

Hermenéutica

Hermenéutica significa «interpretación». El término deriva de la exégesis bíblica y judicial. Cuando se utiliza en investigación, hermenéutica hace referencia a la descripción y estudio de «fenómenos humanos comprensibles de manera cuidadosa y detallada, con la máxima independencia posible de suposiciones teóricas anteriores, basándose en cambio en la comprensión práctica» (Packer, 1985, págs. 1081-1082).

Formación

«Transformación y **formación…** aluden al desarrollo de sentidos, estética, agudeza perceptiva, habilidades de relación, conocimientos y disposición conforme los estudiantes de Enfermería adquieren su identidad profesional» (Day et al., 2009, pág. 87). Van más allá del conocimiento de contenidos o el desempeño de roles, para convertirse en una característica moral, la autocomprensión y la identidad como enfermera.

Entrenamiento situado

El **entrenamiento situado** se identificó como la pedagogía típica de la enfermería en el estudio *Educating Nurses* (Benner et al., 2010). Se produce en concreto en situaciones clínicas en las que el profesor describe cómo interpreta personalmente la situación a los estudiantes, incluido lo que considera más relevante y destacado (Benner, 2015). El entrenamiento situado permite a los estudiantes establecer distinciones cualitativas y reconocer tendencias y cambios en las respuestas de los pacientes (Day y Benner, 2014).

Uso de datos empíricos

De 1978 a 1981, Benner fue la autora y directora del proyecto de una beca federal para la consecución de métodos intraprofesionales

para el consenso, la valoración y la evaluación intraprofesional, conocida como AMICAE *(Achieving Methods of Intraprofessional Consensus, Assessment and Evaluation).* Esta investigación dio lugar a la publicación de *From Novice to Expert* (1984a). Benner dirigió el proyecto AMICAE con el fin de desarrollar los métodos de evaluación para las escuelas de enfermería y los hospitales participantes en la zona de San Francisco. Fue un estudio interpretativo y descriptivo que propició el uso de los cinco niveles de competencia de Dreyfus para describir la adquisición de una habilidad en la práctica de la enfermería clínica. Al describir el planteamiento interpretativo, el enfoque de Benner (1984a) busca una amplia descripción de la práctica enfermera a partir de la observación y de las relaciones de la práctica real de la enfermería para elaborar el texto que deberá interpretarse (hermenéutica).

Las descripciones que las enfermeras dan de las situaciones de cuidado de pacientes en los que tuvo lugar una mejoría significativa «muestran la singularidad de la enfermería como una disciplina y un arte» (Benner, 1984a, pág. xxvi). Más de 1.200 enfermeras rellenaron los cuestionarios y respondieron a las entrevistas como parte del proyecto AMICAE. Las entrevistas se realizaron por parejas con los preceptores y los tutelados y «tenían como objetivo descubrir si había diferencias características distinguibles en las descripciones de principiante y experta sobre el mismo incidente clínico» (Benner, 1984a, pág. 14). Se realizaron más entrevistas y observaciones participantes con 51 enfermeras clínicas y otras enfermeras recién graduadas y estudiantes de Enfermería de últimos cursos para «describir las características de la actuación enfermera en diferentes etapas de la adquisición de habilidades» (Benner, 1984a, pág. 15). El propósito «de la investigación es descubrir los significados y el conocimiento incorporado en la práctica cualificada. Haciendo públicos los significados, las habilidades y el conocimiento, se constituyen en nuevos conocimientos e ideas» (Benner, 1984a, pág. 218).

A partir del análisis de las transcripciones de las entrevistas con las descripciones detalladas de los episodios de cuidado de pacientes que las enfermeras ofrecieron, incluidas sus intenciones e interpretaciones de los sucesos, se extrajeron 31 competencias. De estas competencias, que fueron identificadas en situaciones reales

de práctica, se derivaron inductivamente los siguientes siete dominios, según la similitud de la función y la intención (Benner, 1984a):

1. El rol de ayuda.
2. La función de enseñanza-formación.
3. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente.
4. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez.
5. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos.
6. El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud.
7. Las competencias organizadoras del rol de trabajo.

Cada dominio se desarrolló utilizando las competencias relacionadas de descripciones de situaciones de la práctica real enfermera. Benner presentó los dominios y las competencias de la práctica enfermera como un marco interpretativo abierto para potenciar la idea del conocimiento elaborado a partir de la práctica enfermera. Como resultado de la naturaleza social, relacional y dialógica del conocimiento clínico, dominios y competencias deben adaptarse para utilizarlos en cada institución por medio del estudio de la práctica clínica en cada lugar específico (Benner y Benner, 1999). Estas adaptaciones han sido aplicadas en numerosas instituciones por el personal de enfermería en hospitales de todo el mundo (Alberti, 1991; Balasco y Black, 1988; Brykczynski, 1998; Dolan, 1984; Gaston, 1989; Gordon, 1986; Hamric, Whitworth y Greenfield, 1993; Lock y Gordon, 1989; Nuccio et al., 1996; Silver, 1986a, 1986b). Los dominios y las competencias también han sido útiles para la articulación continua del conocimiento implícito de la práctica enfermera avanzada (Brykczynski, 1999; Fenton, 1985; Fenton y Brykczynski, 1993; Lindeke, Canedy y Kay, 1997; Martin, 1996).

Benner y Wrubel (1989) ampliaron la explicación de este estudio y desarrollaron los fundamentos en su estudio del conocimiento implícito en la práctica enfermera en *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Observaron que el cuidado se aborda «como productor tanto del estrés como del afrontamiento en

la experiencia vivida de salud y enfermedad como la condición que facilita la práctica enfermera (y naturalmente, cualquier práctica) y los modos en que la práctica enfermera basada en el cuidado puede mejorar el pronóstico de una enfermedad» (1989, pág. 7).

Benner amplió la investigación publicada en *From Novice to Expert* (1984a) en *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (1996, 2009). Este último libro presenta un estudio de 6 años con 130 enfermeras de hospital, principalmente enfermeras de cuidados intensivos; en él examina cómo adquieren los conocimientos clínicos hasta convertirse en expertas, y la naturaleza del conocimiento clínico, la investigación y el juicio clínicos, además del comportamiento ético experto. Los objetivos clave del estudio fueron:

- Definir el conocimiento práctico implícito en la práctica profesional.
- Describir la naturaleza de la adquisición de habilidades en la práctica en cuidados intensivos.
- Identificar los obstáculos y los recursos institucionales para llegar a ser una experta en la práctica enfermera.
- Empezar a identificar las estrategias educativas que favorecen el desarrollo de este conocimiento experto.

En la introducción del libro de 1996, Benner afirmó: «En el estudio descubrimos que examinando la naturaleza de la responsabilidad de la enfermera, es decir, el sentido y las posibilidades de actuar de un modo específico en situaciones clínicas, obteníamos nuevas aproximaciones sobre cómo una percepción y una acción varían en función de una comunidad determinada» (Benner, Tanner y Chesla, 1996, pág. xiii). Este estudio se tradujo en una idea más clara de las diferencias entre el compromiso con un problema o situación y las habilidades enfermeras necesarias para la implicación interpersonal. Parece que estas habilidades se aprenden con el tiempo y la experiencia. La habilidad de la implicación parece esencial para llegar a ser una enfermera experta. Las investigadoras mencionaron la relación existente entre tomar una decisión clínica y una decisión ética (es decir, cómo lo que un individuo considera un buen o mal resultado

y lo que considera una intervención de calidad afectan a las acciones y juicios clínicos). Este estudio representa la primera fase de la articulación del proyecto diseñado para describir la naturaleza de la práctica del cuidado enfermero a enfermos graves.

La segunda fase se realizó entre 1996 y 1997 con 76 enfermeras (32 de las cuales eran principiantes avanzadas) de seis hospitales diferentes. Este trabajo se presentó en el libro *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach,* publicado en 1999, actualizado y ampliado por Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard en 2011. Se identificaron los siguientes nueve dominios de la práctica enfermera del cuidado a enfermos graves como temas generales de esta segunda fase:

1. Diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes graves e inestables.
2. Controlar una crisis mediante la habilidad práctica.
3. Proporcionar medidas de comodidad a los pacientes en estado muy grave.
4. Cuidar a la familia del paciente.
5. Prevenir los peligros por causas tecnológicas.
6. Afrontar la muerte: cuidados y toma de decisiones en pacientes terminales.
7. Comunicar las diferentes perspectivas y discutirlas.
8. Asegurar la calidad y solventar las crisis.
9. Poseer el conocimiento práctico hábil del liderazgo clínico y la formación y el consejo de los demás.

Estos nueve dominios de la práctica enfermera del cuidado a enfermos graves se utilizaron como temas generales para interpretar los datos e incorporar las descripciones de los siguientes nueve aspectos del juicio clínico y del comportamiento experto:

1. Desarrollar un sentido de importancia.
2. Aprendizaje e integración situados de la adquisición de conocimientos y el uso de los mismos.
3. Compromiso de transición en el razonamiento.
4. Conocimiento experto.
5. Práctica basada en las respuestas.

6. Sentido de responsabilidad.
7. Agudeza perceptiva y compromiso interpersonal con los pacientes.
8. Integración del razonamiento clínico y ético.
9. Desarrollo de la imaginación clínica.

La identificación del dominio clínico y la previsión clínica (dos características generalizadas del pensamiento ligadas a la acción de la práctica enfermera en la segunda fase de este proyecto de articulación) ampliaron la comprensión de la decisión clínica (Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 1999). Benner define el dominio clínico como «la investigación clínica en marcha que identifica el problema y da un juicio clínico a lo largo del tiempo con respecto a los cambios específicos de pacientes y familias concretas. Está compuesto por cuatro elementos: distinciones cualitativas, trabajo de investigación, reconocimiento de la importancia de los cambios clínicos y desarrollo del conocimiento clínico en poblaciones específicas de pacientes» (Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 1999, pág. 317).

Asimismo, especifica que, aunque la previsión clínica desempeña una función en el dominio clínico, «también es esencial para estructurar la lógica práctica de los médicos. La previsión clínica incluye como mínimo cuatro elementos relacionados con el pensamiento y la acción: consideración del futuro, previsión clínica de diagnósticos y lesiones específicas, anticipación de riesgos pensando en pacientes concretos y previsión de lo inesperado» (Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 1999, pág. 317).

Principales premisas

En su investigación de la articulación, Benner incorpora los siguientes supuestos (como se esboza en la disertación de Brykczynski de 1985):

- No hay datos libres de interpretación. Esto implica renunciar al supuesto de la ciencia natural, que es una realidad independiente cuyo significado puede representarse mediante términos o conceptos abstractos

(Taylor, 1982).

- No hay datos no reactivos. Esto implica renunciar a la falsa creencia a partir de la ciencia natural de que se pueden observar los datos brutos de manera neutral (Taylor, 1982).
- Los significados están implícitos en las habilidades, las prácticas, las intenciones, las expectativas y los resultados. Se dan por sentado y a menudo no son reconocidos como conocimiento. Según Polanyi (1958), un contexto tiene significado existencial y esto lo diferencia del «significado representativo, indicativo o más general» (pág. 58). Afirma que cambiar un todo significativo por términos de sus partes constituyentes le priva de todo significado o propósito.
- Las personas que comparten una historia cultural y lingüística común tienen una base de significados comunes que permite la comprensión y la interpretación. Heidegger (1962) se refiere a esto como *comprensión primordial,* después de los escritos de Dilthey (1976) a finales del siglo XIX y principios del XX, afirmando que la organización cultural y los significados preceden e influyen sobre la comprensión individual.
- Los significados implícitos en las habilidades, las prácticas, las intenciones, las expectativas y los resultados no pueden ser completamente explícitos; sin embargo, pueden ser interpretados por alguien que comparta una base lingüística y cultural similar, y los participantes y los profesionales pueden validarlos de manera consensuada (Heidegger, 1962). La hermenéutica es la interpretación de los contextos culturales y de la acción humana significativa.
- Los seres humanos son seres holísticos, integrados. Se abandona la división cuerpo-mente. La inteligencia permite la habilidad, que se transforma a través de la experiencia y de la maestría (Dreyfus y Dreyfus, 1980, 1986). Benner afirmó: «Este modelo supone que todas las situaciones prácticas son mucho más complejas de lo que puede constatarse mediante las descripciones de los modelos formales, de las teorías y de los libros de texto» (1984a, pág. 178). La elevación jerárquica de la actividad intelectual

> reflexiva por encima de la actividad experta incorporada ignora el punto de que la acción experta es una manera de conocer, y que el cuerpo experto puede ser esencial para los niveles más apreciados de la inteligencia humana (Dreyfus, 1979).

En sus obras, Benner et al. explicaron las ideas de *enfermería, persona, salud* y *situación*.

Enfermería

La enfermería se define como una relación de cuidado, «una condición que facilita la conexión y el interés» (Benner y Wrubel, 1989, pág. 4). «El cuidado es básico, ya que establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado» (Benner y Wrubel, 1989, pág. 4). «La enfermería se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad» (Benner y Wrubel, 1989, pág. xi). Benner y Wrubel (1989) consideran que la práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos.

Persona

Benner y Wrubel (1989) utilizan la definición fenomenológica de la persona que da Heidegger y que describen así: «Una persona es un ser autointerpretativo, es decir, la persona no viene al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales. La persona también posee una comprensión fácil y no reflexiva de la identidad en el mundo» (pág. 41). «La persona se considera como un participante en significados comunes» (Benner y Wrubel, 1989, pág. 23).

Por último, la persona se encuentra en un cuerpo. Benner y Wrubel (1989) han conceptualizado los cuatro principales aspectos de la comprensión con los que la persona debe tratar:

1. El rol de la situación.
2. El rol del cuerpo.

3. El rol de los problemas personales.
4. El rol de la temporalidad.

Juntos, todos estos aspectos de la persona ayudan a situarla en el mundo. Esta visión de la persona se basa en los trabajos de Heidegger (1962), Merleau-Ponty (1962) y Dreyfus (1979, 1991). Su objetivo es superar el dualismo cartesiano, es decir, la idea de que la mente y el cuerpo son entidades diferentes e independientes (Visintainer, 1988).

Benner y Wrubel (1989) definen la *encarnación* como la capacidad del cuerpo para responder en situaciones significativas. A partir del trabajo de Merleau-Ponty (1962), Dreyfus (1979, 1991) y Dreyfus y Dreyfus (1986) perfilan cinco dimensiones del cuerpo (Benner y Wrubel, 1989):

1. El complejo no nacido, el cuerpo del feto sin asimilación cultural y el bebé recién nacido.
2. El cuerpo con las habilidades normales, las posturas, los gestos, las costumbres y las habilidades aprendidas, socialmente evidentes en las habilidades corporales, como la percepción sensorial y el «lenguaje corporal», que se «aprenden a lo largo del tiempo identificando, imitando, probando y equivocándose» (Benner y Wrubel, 1989, pág. 71).
3. La imagen del cuerpo, el modo en que el cuerpo se coloca (predispuesto) para actuar en situaciones específicas (p. ej., abrir una puerta o caminar).
4. El cuerpo real proyectado que indica la orientación corporal actual del individuo o la proyección en una situación flexible y variada para acomodarse a la situación, como cuando un individuo posee la habilidad de utilizar un ordenador.
5. El cuerpo fenoménico, el cuerpo consciente de sí mismo con la habilidad para imaginar y describir las sensaciones cinestésicas.

Benner y Wrubel (1989) indican que las enfermeras cuidan todas estas dimensiones del cuerpo y ayudan a entender el rol de

incorporación en situaciones particulares de salud, enfermedad y recuperación.

Salud

Según el trabajo de Heidegger (1962) y Merleau-Ponty (1962), Benner y Wrubel se centran «en cómo se han vivido las experiencias de estar sano y enfermo» (1989, pág. 7). La **salud** se define como lo que puede valorarse, mientras que el **bienestar** es la experiencia humana de la salud o del conjunto. Estar sano y estar enfermo se entienden como diferentes modos de encontrarse en el mundo. La salud no se describe solo como la ausencia de enfermedad. También, a partir de la base del trabajo de Kleinman et al. (1978), una persona puede tener una enfermedad y no experimentarla, ya que sentirse enfermo consiste en la experiencia humana de pérdida o disfunción, mientras que la enfermedad es lo que puede valorarse físicamente (Benner y Wrubel, 1989).

Situación

Benner y Wrubel (1989) utilizan el término **situación** en vez de **entorno,** ya que la situación transmite un entorno social con una definición y un significado sociales. Utilizan los términos fenomenológicos de **estar situado** y **significado situado,** que están definidos por la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona. «La interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en ella» (Benner y Wrubel, 1989, pág. 84). Esto significa que el pasado, el presente y el futuro de la persona, incluidos sus propios significado, hábitos y perspectivas personales, influyen en la situación actual.

Fundamentos teóricos

Benner (1984a) afirmó que en una situación siempre intervienen más elementos de los que la teoría indica. La práctica cualificada de la enfermería sobrepasa los límites de la teoría formal. La experiencia particular permite aprender las excepciones y los

significados confusos de una situación. El conocimiento implícito en la práctica descubre e interpreta la teoría, la precede y extiende, y la sintetiza y adapta a la práctica del cuidado enfermero. Benner ha adoptado un enfoque hermenéutico para exponer el conocimiento en la práctica de la enfermería clínica. Dunlop (1986) afirmaba: «Al hacerlo, también desvela los cuidados de enfermería con los que está profundamente entrelazada» (pág. 668). Dunlop observaba asimismo que el enfoque de Benner «no nos proporciona ninguna verdad universal sobre los cuidados en general o la atención de enfermería en particular –de hecho, tampoco lo pretende–» (pág. 668).

De este modo, las competencias dentro de cada dominio no pretenden cubrir en modo alguno una lista exhaustiva. Al contrario, el enfoque interpretativo basado en la situación para describir la práctica de la enfermería pretende superar algunos de los problemas de reduccionismo y de descripciones globales y excesivamente generales basadas en categorías de procesos de enfermería (Benner, 1984a). En una descripción adicional de este enfoque, Benner (1992) examinaba el papel de las descripciones narrativas para comprender la noción de cuidados buenos o éticos en la práctica de la enfermería clínica experta. «La memoria narrativa del episodio concreto real se incluye en un conocimiento y un comportamiento conjuntos, completados con respuestas emocionales a las situaciones. La memoria narrativa puede evocar recuerdos perceptivos o sensoriales que potencian el reconocimiento de patrones» (pág. 16). Algunas de las afirmaciones de relación incluidas en el trabajo de Benner son:

- «El descubrimiento de supuestos, expectativas y escenarios puede poner al descubierto un área no examinada del conocimiento práctico, que puede estudiarse sistemáticamente y ampliarse o refutarse» (Benner, 1984a, pág. 8).
- El conocimiento del clínico se encuentra en las percepciones, en vez de en los preceptos.
- «El conocimiento perceptivo es básico para obtener un buen juicio enfermero y [para la experta] empieza con intuiciones vagas y valoraciones globales que al principio evitan el

análisis crítico; la claridad conceptual suele aparecer después» (Benner, 1984a, pág. xviii).

- Las normas formales están limitadas y se es prudente al tomar una decisión en las situaciones clínicas reales.
- El conocimiento clínico aumenta con el paso del tiempo y cada clínico desarrolla un repertorio personal de conocimientos prácticos que puede compartirse mediante el diálogo con otros clínicos.
- «La experiencia se desarrolla cuando el clínico prueba y mejora las proposiciones, las hipótesis y las expectativas basadas en principios en las situaciones reales de práctica» (Benner, 1984a, pág. 3).

Planteamiento lógico

A través de una investigación descriptiva cualitativa, Benner utilizó el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades para comprender mejor la adquisición de competencias en la práctica de la enfermería clínica. Siguiendo la secuencia lógica del modelo, Benner pudo identificar las características del rendimiento y las necesidades de enseñanza-aprendizaje inherentes para cada nivel de competencia. En los informes sobre su investigación, Benner recurrió a ejemplos tomados directamente de entrevistas y de la observación de las enfermeras clínicas de distinto nivel de habilidad para ayudar al lector a formarse una idea clara de la práctica. Las directrices para describir los ejemplos o descripciones clínicas, denominados en primera instancia «incidentes críticos», se presentaron en *From Novice to Expert* (1984a) y se desarrollan adicionalmente en *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 2011). El enfoque para describir descripciones clínicas es coherente en todo el corpus del trabajo de Benner, con independencia de que dichas descripciones se utilicen en la investigación, la práctica o la formación. El objetivo de la investigación de Benner es trasladar el significado y el conocimiento integrados en la práctica experta al discurso público. Benner (1984a) reivindica que el nuevo corpus de conocimientos y comprensión está constituido por significados, habilidades y conocimientos

articulados que anteriormente se daban por supuestos e integrados en la práctica clínica.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

Benner describe la práctica de la enfermería clínica utilizando un enfoque fenomenológico interpretativo. *From Novice to Expert* (1984a) incluye varios ejemplos de la aplicación de sus trabajos en los centros del modo siguiente: Dolan (1984) describe su utilidad para el desarrollo de mentores, programas de orientación y desarrollo de la carrera profesional; Huntsman et al. (1984) detallan su aplicación de una escalera clínica para reconocer y retener a las enfermeras experimentadas; Ullery (1984) presenta su utilidad para realizar simposios anuales de excelencia en los que los profesionales de enfermería presenten sus descripciones clínicas para reconocer y desarrollar adicionalmente el conocimiento clínico; y Fenton (1984) refiere el uso del enfoque de Benner en un estudio etnográfico sobre el rendimiento de especialistas en enfermería clínica.

Balasco y Black (1988) y Silver (1986a, 1986b) utilizaron el modelo de Benner como base para diferenciar el desarrollo del conocimiento clínico y la progresión de la carrera profesional enfermera. Neverveld (1990) utilizó el razonamiento y el formato de Benner para desarrollar talleres básicos y avanzados para preparar a los preceptores. Farrell y Bramadat (1990) utilizaron el análisis de casos de Benner en un proyecto educativo, en colaboración con una escuela de enfermería y un hospital universitario de atención terciaria, para mejorar la comprensión del desarrollo de las habilidades de razonamiento clínico en situaciones prácticas reales. Crissman y Jelsma (1990) aplicaron los descubrimientos de Benner para desarrollar un programa de formación cruzada y para ayudar a solventar los desequilibrios en el personal. Delimitaron objetivos específicos de actuación de la formación cruzada para la enfermera principiante y proporcionaron apoyo para el juicio experimental necesario para su función en áreas que le son desconocidas

designándole un preceptor en el área clínica. Como principiante, su objetivo era comportarse más como una principiante avanzada capaz de trabajar independientemente con una enfermera experimentada dispuesta a ayudarla.

El enfoque de Benner sigue utilizándose para el desarrollo de escaleras de promoción clínica, nuevos programas de orientación para graduados y seminarios de desarrollo del conocimiento clínico (Benner y Benner, 1999; Benner, Tanner y Chesla, 2009; Coyle, 2011; Hargreaves et al., 2010). Mauleon et al. (2005) realizaron un análisis fenomenológico interpretativo de situaciones problemáticas experimentadas por profesionales de enfermería en unidades de anestesia para pacientes ancianos que indicaron la necesidad de crear foros éticos para abordar el sufrimiento moral derivado de sus experiencias. El estudio de Uhrenfeldt (2009) sobre cómo actúan los profesionales de enfermería de primera línea para atender al personal de enfermería estaba basado en el marco de cuidados de Benner y Wrubel (1989). Cathcart (2010) articuló el conocimiento adquirido por la experiencia, junto con las habilidades y el comportamiento ético, integrados en la práctica de los administradores de enfermería según el enfoque de Benner.

Benner es una autora muy citada en la bibliografía enfermera relacionada con los problemas de la práctica enfermera y con la función del cuidado en esta práctica. Continúa avanzando en la comprensión del conocimiento implícito en situaciones clínicas a través de sus publicaciones (Benner 1985a, 1985b, 1987; Benner Hooper-Kyriakidis y Stannard, 1999, 2011; Benner y Tanner, 1987; Benner, Tanner y Chesla, 1996, 2009). Durante los años ochenta Benner editó una serie de ejemplos clínicos en el *American Journal of Nursing.* En 2001, empezó a editar una serie llamada «Current Controversies in Critical Care» en la *American Journal of Critical Care.* El trabajo de Benner con el National Council of State Boards of Nursing es una gran contribución para la identificación de errores y la seguridad de la práctica de enfermería (Benner et al., 2002). Esta investigación examina el detalle completo de la práctica desde una perspectiva de sistemas, con el objetivo de transformar la cultura de la culpa en el sistema de atención sanitaria para reducir los errores en dicha atención (Benner, Malloch y Sheets, 2010).

Formación

Benner (1982) ha criticado el concepto de las pruebas basadas en la competencia comparándolas con la complejidad de los estadios eficiente y experto descritos en el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades y las 31 competencias descritas en el proyecto AMICAE (Benner, 1984a). En resumen, afirmó: «Las pruebas basadas en la competencia parecen funcionar únicamente en las áreas menos situacionales e interaccionales del cuidado del paciente, donde la conducta puede definirse bien y las variaciones del paciente y la enfermera no modifican los criterios de actuación» (1982, pág. 309).

Fenton (1984, 1985) aplicó los dominios de la práctica de la enfermería clínica como la base para estudiar la actuación cualificada de enfermeras clínicas especialistas (CNS, *clinical nurse specialists*). Su análisis validó los siete dominios originales de las CNS analizados. Identificó áreas adicionales de rendimiento experto para las CNS, incluido el rol como consultor. El estudio de Brykczynski (1985/1999) empleó el abordaje de investigación presentado en *From Novice to Expert* para dar respuesta a la pregunta: «¿Cuándo se convierte una enfermera en una enfermera especializada?». Este estudio llevó a una adaptación de los dominios y competencias originales de Benner para las enfermeras, y esta adaptación formó el marco de referencia para las recomendaciones del currículo de la National Organization of Nursing Practitioner Faculties (NONPF, 1990). Fenton y Brykczynski (1993) revisaron posteriormente los hallazgos de sus estudios sobre CNS y enfermeras generales para descubrir aspectos comunes y diferencias entre ellas que tuvieran importancia para planificar el currículo de los graduados.

Según Barnum (1990), la mayor contribución de Benner a la formación enfermera no consiste en el desarrollo de los siete dominios de la práctica enfermera, sino en el «descubrimiento de la utilidad del modelo de Dreyfus para describir el aprendizaje y el pensamiento de nuestra disciplina» (pág. 170). Como consecuencia de la aplicación de Benner del modelo de Dreyfus, las profesoras de enfermería se han dado cuenta de que las necesidades de aprendizaje en los primeros estadios del desarrollo del conocimiento clínico son diferentes de las requeridas en los estadios

posteriores. Estas diferencias deben considerarse y valorarse para elaborar el programa educativo apropiado para los conocimientos de los estudiantes.

En *Expertise in Nursing Practice,* Benner et al. (1996) destacan la importancia de aprender las habilidades de la implicación y el cuidado por medio de la experiencia práctica, la articulación del conocimiento con la práctica y el uso de descripciones en la formación de enfermeras no graduadas. Este trabajo apoya la tesis de que es mejor asignar una enfermera recién graduada a una enfermera competente, que le podrá explicar la práctica enfermera de modo que la principiante pueda comprenderla, más que la experta, cuyo conocimiento intuitivo no resultará útil a las principiantes, que no poseen la práctica experta para dominar una situación. Esta obra, hoy en su segunda edición (Benner, Tanner y Chesla, 2009), condujo al desarrollo de programas de capacitación y orientación para profesionales recién graduados en enfermería y a programas de desarrollo clínico para profesionales de enfermería más experimentados.

En *Clinical Wisdom in Critical Care,* Benner et al. (1999) instaron a prestar más atención al aprendizaje con la experiencia y presentaron el libro como una guía de enseñanza. Diseñaron un CD-ROM muy interactivo para acompañar al libro (Benner, Stannard y Hooper-Kyriakidis, 2001). La segunda edición (Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 2011) incluye un capítulo sobre las implicaciones para la formación y recomendó estrategias de docencia para esta investigación sobre el conocimiento en el seno de la enfermería de cuidados agudos y críticos en *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation* (Benner et al., 2010). Las dos clases principales de estrategias integradoras presentadas en esa edición de 2011 son ejemplos de aprendizaje situado mediante tutelaje y un enfoque de pensamiento en acción para integrar la enseñanza en las aulas con el aprendizaje clínico.

Se diseñó un estudio nacional de formación en enfermería para identificar y describir las «pedagogías tipo», que elevan al máximo la capacidad de los profesionales de esta disciplina para afrontar los retos de la enfermería que se han desarrollado durante 30 años desde el último estudio nacional sobre formación en enfermería (Schwartz, 2005). El libro *Educating Nurses* (Benner et al., 2010)

refiere los detalles de este estudio nacional sobre formación en enfermería, y concluye que dicha formación necesita una gran transformación. Se desarrolla una distancia educativa ante las dificultades de atender las exigentes demandas y de mantener el ritmo de la creciente complejidad de la práctica impulsada por la investigación y las nuevas tecnologías. Las autoras recomiendan que los docentes en enfermería incorporen cuatro grandes cambios en su perspectiva: 1) pasar de atender al conocimiento abstracto a insistir en la enseñanza de situaciones concretas; 2) huir de la separación entre la enseñanza clínica y la formación en el aula para la integración de estos componentes; 3) avanzar desde el pensamiento crítico al razonamiento clínico, y 4) pasar de la insistencia en la socialización y la asunción de roles a la formación de una identidad profesional. Estos hallazgos y recomendaciones han sido presentados en conferencias nacionales e internacionales, y ante el profesorado de numerosas escuelas de enfermería.

McNiesh et al. (2011) estudiaron de qué modo los estudiantes inscritos en programas acelerados de inicio al máster aprendieron de la experiencia la práctica de la enfermería. Encontraron que el cuidado independiente de un paciente era vital para el desarrollo de la identidad de los estudiantes y su sentido de la responsabilidad como profesionales de la enfermería. Crider y McNiesh (2011) incorporaron un enfoque de aprendizaje de tres ramas (Benner et al., 2010) que integra los aspectos intelectuales, prácticos y éticos del papel profesional en la enseñanza a estudiantes de Enfermería psiquiátrica para desarrollar habilidades de razonamiento práctico.

Investigación

Benner sostiene que existe una excelencia y un poder en la práctica de la enfermería clínica que se hacen visibles a través de la **investigación de la articulación.** Las descripciones complejas y matizadas de contextos situacionales (narraciones clínicas) constituyen la esencia de este enfoque de investigación, que dicta que los datos deben recogerse a través del diálogo basado en las situaciones y de la observación de la práctica real. El contexto situacional guía la interpretación de los significados de tal manera

que exista un acuerdo entre sus intérpretes. Se trata de un planteamiento holístico que resalta la identificación y descripción de los significados integrados en la práctica clínica. El enfoque holístico se conserva a lo largo de todo el proceso de investigación. El contexto situacional se mantiene en el sentido de que las narraciones son interpretadas a través del diálogo entre los investigadores y el personal clínico.

Los numerosos estudios y proyectos de Benner con colaboradores y estudiantes graduados han creado una comunidad de expertos fenomenológicos interpretativos. Benner (1994) editó y colaboró en *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness,* una colección de ensayos y estudios seleccionados entre esa comunidad de investigadores a quienes había servido de inspiración y fuente de enseñanza durante su carrera. El libro ofrece una introducción filosófica a la fenomenología interpretativa como un método de investigación cualitativa, una guía para comprender las estrategias y procesos de este enfoque, y una selección de estudios que contienen semejanzas y variaciones. La fenomenología interpretativa no puede explicarse como un conjunto de procedimientos y técnicas. Al contrario, «cada intérprete entra en el círculo interpretativo examinando las preconcepciones y la confrontación con los otros, el silencio, las semejanzas y los puntos comunes según su propia situación histórica, cultural y personal» (Benner, 1994, pág. xviii).

Un segundo volumen de lecturas de fenomenología interpretativa editado por Chan et al. (2010) nació de una *Festschrift* (celebración u homenaje dedicado a un académico), que reconocía el impacto y la importancia de la tradición investigadora instaurada por Benner. Este segundo volumen presenta la filosofía de la fenomenología interpretativa y el enfoque de investigación que sigue en evolución. La primera sección explora los discursos y cuestiones teóricos y filosóficos dentro de la tradición fenomenológica interpretativa, mientras que la segunda sección es una colección de estudios que ilustran las semejanzas y las variaciones en los planteamientos de los distintos estudios.

Benner et al. (De Jong et al., 2010) realizaron un estudio de colaboración a gran escala con el TriService Military Nursing Research Group para investigar el desarrollo de conocimientos y el

aprendizaje a través de la experiencia en la práctica enfermera durante las guerras de Iraq y Afganistán. Describen cómo las enfermeras aprendieron a mejorar la práctica clínica y la aplicación de cuidados durante los incidentes con múltiples heridos. La investigación generó un estudio en el que se describe la evolución del manejo de los casos de miembros de los servicios heridos en Iraq y Afganistán (Kelley et al., 2015). Los nuevos tipos de lesiones, el tratamiento sobre el terreno, el transporte inmediato a centros de cuidados múltiples y las nuevas tecnologías obligaron a ampliar la práctica en el manejo de los casos, de forma que se incluya el apoyo familiar, la reentrada y el entrenamiento familiar para unas circunstancias vitales extremadamente alteradas.

Evolución

La separación entre el trabajo académico y el aprendizaje clínico se desarrolló a lo largo del tiempo cuando la formación en Enfermería se fue desplazando de las escuelas hospitalarias a las facultades y universidades, de forma que al final los profesores y estudiantes de Enfermería han llegado a ser considerados «invitados de la casa» (Glass, 1975). La creciente complejidad de la tecnología y la práctica de la enfermería clínica, junto con la separación entre la formación y la práctica, ha condicionado que los nuevos graduados en Enfermería tengan que afrontar una transición fundamental tras la graduación. La aplicación de los hallazgos derivados del extenso corpus de trabajo de Benner et al., que articula el conocimiento generado en la práctica clínica y describe las formas de enseñar enfermería integrando la teoría y el contenido descontextualizado con el saber práctico dependiente del contexto, exige una extensa transformación de la docencia en Enfermería. El currículo oculto descrito por Day y Benner (2014, pág. 140) como «la devaluación implícita e inconsciente del aprendizaje basado en la práctica en contexto y el privilegio para el conocimiento abstracto basado en la teoría» debe ser reconocido y aumentado mediante abordajes integrados que vuelvan a contextualizar la docencia y el aprendizaje. Existen múltiples ejemplos sobre cómo se debe enseñar a las enfermeras usando abordajes integrados que pongan énfasis en la adquisición de conocimientos y su uso en la práctica, como el

aprendizaje basado en equipo y en problemas, la simulación, la pedagogía narrativa y la resolución de casos clínicos. La Facultad de Enfermería necesita una formación continuada y un asesoramiento mantenido para desarrollar las capacidades y conocimientos necesarios para incorporar estos abordajes en la docencia.

Benner inició un diario de noticias sobre educación en el que compartir las recomendaciones del estudio *Educating Nurses* y generar un diálogo mantenido con los formadores en Enfermería. Benner (2012) comentó los progresos en la aplicación de estas recomendaciones de estudio, informando de que varios estados han aplicado ya los cambios sugeridos a la formación enfermera, y muchos hospitales y campus de ciencias de la salud han introducido programas de residencia en Enfermería. Se han creado dos sitios web para facilitar la diseminación y aplicación de las recomendaciones de este estudio, que se recogen en «Referencias para ampliar conocimientos», al final de este capítulo.

Crítica

Claridad

La claridad del modelo de novicia a experta de Benner ha permitido su uso por enfermeras de todo el mundo. La identificación con la idea de sabiduría clínica y los distintos niveles de desarrollo de experiencia clínica tuvo una progresión muy rápida. El abordaje experimental diferenció el trabajo de Benner de otros abordajes teóricos de la época. Altmann (2007) analizó si este trabajo era una filosofía o una teoría. El trabajo de Benner no solo contribuyó a una comprensión apreciativa de la práctica clínica, sino que también puso de relieve los conocimientos enfermeros ocultos en la práctica. La perspectiva de Benner es fenomenológica, no cognitiva. Ella afirmó que «el juicio clínico y las prácticas de cuidado exigen atender al paciente concreto a lo largo del tiempo, incorporando los cambios y lo que se haya aprendido. En esta visión del juicio clínico existe un vínculo entre el saber hacer experto y la acción» (Benner, 1999, pág. 316). Se ha generado un debate mantenido sobre las interpretaciones cognitivas de los conceptos de Benner acerca de

la experiencia y la intuición (Benner, 1996b; Cash, 1995; Darbyshire, 1994; English, 1994; Paley, 1996). La discusión académica sobre estos conceptos ha contribuido a aclarar la naturaleza del abordaje experimental (Brykczynski y Benner, 2010).

Sencillez

Benner desarrolló unas explicaciones descriptivas interpretativas de la práctica de enfermería clínica. El modelo es relativamente sencillo con respecto a los cinco estadios de adquisición de habilidades, y proporciona una guía comparativa para identificar los niveles de la práctica enfermera a partir de las descripciones, observaciones e interpretaciones individuales verificadas por consenso. En los subconceptos para diferenciar entre los niveles de competencia y de necesidad para identificar los significados y las intenciones, existe un grado de complejidad. Esta aproximación interpretativa está diseñada para superar las barreras del planteamiento racional-técnico en cuanto al estudio y la descripción de la práctica de enfermería. Aunque es posible proporcionar una descripción sin contexto (objeto) de la actuación en el nivel de principiante, la descripción de la actuación del nivel de experta sería difícil, si no imposible, y de utilidad limitada por los límites de ser tratada como un objeto. Es decir, el problema filosófico de la regresión infinita debería encontrarse al intentar especificar todos los aspectos de la práctica experta. Además, se requiere una comprensión holística de la situación concreta para una ejecución experta.

Generalidad

El modelo de adquisición de habilidades de principiante a experto tiene características universales; es decir, no se ve limitado por la edad, la enfermedad, la salud o la ubicación de la práctica enfermera. Sin embargo, las características de la universalidad teórica implican propiedades operacionales para la predicción que no forman parte de esta perspectiva. Naturalmente, esta perspectiva fenomenológica critica los límites de la universalidad cuando se estudian prácticas humanas. El modelo interpretativo de la práctica enfermera puede aplicarse universalmente como un

marco, pero las descripciones son limitadas según las situaciones reales de enfermería clínica a partir de las que se elaboran. Su uso depende de lo que se entienda con los cinco niveles de competencia y la capacidad de identificar las intenciones características y los significados inherentes en cada nivel de la práctica.

La generalización se aborda mediante la comprensión de los significados, habilidades, prácticas y capacidades inherentes comunes. Las estrategias de generalización preferidas en la práctica clínica se basan en los conocimientos expertos, la intención, el contenido y la noción del bien en el conocimiento clínico puesto de manifiesto a través de ejemplos que ilustran su papel en la situación. Las generalizaciones posibles con un abordaje interpretativo se muestran a través de ejemplos que muestran intentos relacionales e importantes a nivel contextual y aspectos del conocimiento clínico. Benner (1984a) considera que el ámbito y la complejidad de la práctica enfermera son demasiado amplios para que las enfermeras confíen en una perspectiva idealizada, fuera de contexto de la práctica o de los experimentos.

Para captar los aspectos contextuales y relacionales de la práctica, Benner utiliza narraciones de situaciones clínicas reales y sostiene que este enfoque permite que el lector reconozca propósitos y significados similares, aunque las circunstancias objetivas puedan ser bastante distintas. A continuación, se presenta un ejemplo de generalización o transferibilidad tal como se utiliza aquí: al leer o escuchar una narración sobre una enfermera en contacto con una familia cuyo hijo se está muriendo, a otras enfermeras pueden relacionarles los conocimientos y los significados ligados a experiencias que pueden haber tenido con familias de pacientes de cualquier edad que se estaban muriendo.

Accesibilidad

Las enfermeras clínicas de todo el mundo recibieron con entusiasmo *From Novice to Expert* (1984a). Encontraron comprensión hacia sus prácticas, en tanto en cuanto lo que ellas hacían ante situaciones específicas de los pacientes se veía validado y fomentado en esta obra, que las enseñó a escuchar su intuición como enfermeras. Las investigaciones posteriores sugieren que el

marco es aplicable y útil para el desarrollo continuo del conocimiento inherente en la práctica enfermera. Este enfoque del desarrollo del conocimiento respeta la primacía del cuidado y la ética central del cuidado y la responsabilidad implícita en la práctica enfermera experta (Benner, 1999). La aproximación cualitativa interpretativa describe la práctica enfermera experta con ejemplos narrativos. El trabajo de Benner parece generar hipótesis en vez de demostrarlas. Benner ofrece una metodología para descubrir y entrar en el significado situado del cuidado enfermero experto.

Importancia

La investigación de referencia que se describe en *From Novice to Expert* ha influido en los grandes cambios acaecidos en la práctica, investigación, docencia y administración en enfermería. La tesis de este trabajo fue revolucionaria por cuanto defendía desarrollar el conocimiento a partir de la práctica enfermera. Esto representó un cambio completo respecto del abordaje consagrado por el tiempo de aplicar la teoría en la práctica. Esto corresponde a lo que Kuhn (1970) denominó *cambio de paradigma.* Es un ejemplo de investigación mediante articulación en la que el conocimiento se desarrolla gracias al diálogo (Benner, 1999), lo que permite reconocer aspectos de la enfermería relacionales, contextuales, básicos y de calado. *From Novice to Expert* dio voz y visibilidad a la práctica de cuidado inherente a la enfermería y que con frecuencia se da por asumida sin reconocimientos ni recompensas, a pesar de que es un elemento esencial para mantener la dignidad, la humanidad y la seguridad en el mundo altamente tecnológico y regido por el coste de la práctica de la enfermería hospitalaria.

Benner afirma que las enfermeras deben superar los límites de las descripciones sujeto-objeto. Su intención es que «se expliquen más historias públicamente» para verificar la enfermería como una práctica del cuidado ético y que «se amplíen, alteren y preserven las distinciones y los intereses éticos» (Benner, 1992, págs. 19-20). Benner (1996a) constató: «Hemos pasado por alto las historias de las enfermeras que ejercen y que demuestran que la compasión puede ser sabia y, a largo plazo, menos cara que los tecnocuidados

comodificados por el adversario "defensivos"» (págs. 35-36). El trabajo de Benner resulta útil, porque supone un marco para la práctica enfermera en el contexto real de lo que son y hacen estos profesionales. El significado de los hallazgos de la investigación de Benner radica en su conclusión de que «el conocimiento clínico de la enfermera es importante en la medida en que su manifestación en la habilidad enfermera marca la diferencia en el cuidado y la evolución del paciente» (Benner y Wrubel, 1982, pág. 11).

Resumen

Benner mantiene que las prácticas de cuidados están imbuidas de conocimiento y habilidades sobre las necesidades cotidianas del ser humano y que, para ser experimentadas como atención, estas prácticas deberían estar en armonía con la persona concreta a la que se atiende y con la situación particular que se trata. La filosofía de Benner de la práctica enfermera es una perspectiva emergente dinámica y holística que sostiene que la filosofía, la práctica, la investigación y la teoría son interdependientes, están interrelacionadas y son hermenéuticas. Su esperanza, expresada en el prefacio de *From Novice to Expert* (1984a), donde dice que los dominios y las competencias no deberían definirse mediante constructores de sistemas, parece haberse hecho realidad en gran medida, dado que quienes han buscado la aplicación de estos conceptos han respetado la base contextual sobre la que se basaban. El trabajo de Benner ilustra la interrelación entre filosofía, práctica, investigación, teoría y formación, y los recursos que ella y sus colaboradores han desarrollado para la formación de profesores, el desarrollo curricular y la integración del conocimiento teórico y práctico para la formación *online* de los estudiantes.

Caso clínico

Este caso obtenido del proyecto de un enfermero experto reconocido por sus compañeros ilustra el abordaje de Benner al desarrollo de conocimiento en la práctica clínica de la enfermería (Brykczynski, 1993-1995, 1998). El proyecto se llevó a cabo para identificar y describir las prácticas enfermeras del personal experto. Se obtuvieron ejemplos y se dirigieron observaciones participantes

para obtener textos que se interpretaron mediante el proceso fenomenológico de interpretación de Benner (Benner, 1984a, 1994). En la fase final de los análisis de datos, los dominios y las competencias de la práctica enfermera de Benner (1984a) fueron el marco interpretativo. Un aspecto crítico del uso de la propuesta de práctica de Benner consiste en que los dominios y las competencias forman un marco interpretativo dinámico en evolución, que se utiliza para interpretar los datos narrativos y observacionales recogidos. La enfermera que describió esta situación tenía aproximadamente 8 años de experiencia en cuidados intensivos. Apuntó que su participación en el proyecto era importante para su práctica porque le enseñó a integrar los cuidados de una familia en crisis junto con los cuidados de un paciente gravemente enfermo. Este era un caso paradigmático para la enfermera, que aprendió muchas cosas con él que le influyeron en su práctica futura.

«La Sra. Walsh, una mujer de 70 años, se hallaba en estado grave después de repetir una cirugía de derivación de la arteria coronaria (CDAC). Su familia vivía cerca cuando ella fue sometida a la primera CDAC. Se habían ido de la ciudad, pero volvieron a nuestro centro, donde se llevó a cabo con éxito la primera intervención quirúrgica. La Sra. Walsh permaneció gravemente enferma e inestable unas semanas antes de su muerte. Su familia estaba muy ansiosa a causa de su estado inestable y de su empeoramiento, y durante las primeras semanas siempre había un miembro de la familia con ella, las 24 h del día.

»La enfermera estuvo implicada con esta familia mientras la Sra. Walsh todavía se hallaba en el quirófano, porque los familiares estaban muy ansiosos a causa de que el procedimiento duraba más que la primera vez que se lo realizaron, e hicieron repetidas llamadas a la unidad de cuidados intensivos preguntando por la paciente. La enfermera esperó con la familia y se ofreció a ir al quirófano para hablar con el cirujano cardíaco para informar mejor a la familia sobre el estado de su madre.

»Una de las cosas útiles que la enfermera hizo para ayudar a esta familia fue establecer un grupo de referencia de enfermeras para trabajar con la Sra. Walsh, de manera que los familiares podían tener más confianza en los cuidados que recibía su madre. Esto permitió que los familiares salieran del hospital durante cierto

tiempo para poder descansar. La enfermera explicó que esta era una familia cuyos miembros eran de buena posición, educados y bien informados, y que venían con una lista de preguntas. Un grupo de referencia de enfermeras familiarizado con la situación particular de la Sra. Walsh ayudó tanto a los familiares como a las enfermeras a estar más satisfechos y menos ansiosos. La familia estableció una relación estrecha con las tres enfermeras que atendían a la Sra. Walsh y compartieron detalles sobre ella y sobre su vida.

»La enfermera explicó que en esa unidad de cuidados intensivos había la costumbre de no implicar a los familiares en los cuidados. Ella rompió con esta costumbre cuando respondió a los sentimientos de impotencia del hijo y de la hija, enseñándoles cosas sencillas que podrían hacer por su madre. Aprendieron a proporcionarle algunos cuidados básicos, como bañarla. La enfermera reconoció que la implicación de los familiares en el cuidado directo de un paciente gravemente enfermo es compleja, y requiere conocimiento y sensibilidad. Considera que hay un proceso de desarrollo cuando las enfermeras aprenden a trabajar con las familias.

»Observó que cuando una enfermera tiene mucha experiencia y se siente muy cómoda con habilidades muy técnicas, estar en la habitación donde se proporcionan los cuidados es satisfactorio para los familiares. Advirtió que la observación directa por parte de los familiares ansiosos podía ser desconcertante para quienes estuvieran inseguros respecto a sus capacidades cuando los familiares preguntaban cosas como: "¿Por qué hace esto? 'Tal y cual' enfermeras lo hacen distinto". Comentó que las enfermeras aprenden a ser flexibles y a reajustar las prioridades. Debían ser capaces de posponer ciertas cosas que no precisaban hacerse para proporcionar cierto tiempo de los familiares con la paciente. Una de las cosas que la enfermera hizo para coordinar los cuidados fue quedar con la familia para ver qué momentos eran mejores para ellos, y después puso "tiempo con la familia" en el programa de actividades de la paciente para comunicar el plan a las demás personas implicadas en el cuidado de la Sra. Walsh.

»Cuando la Sra. Walsh murió, su hijo y su hija quisieron participar en la preparación de su cuerpo. Esto nunca se había

hecho en esta unidad, pero después de comprobar que no había ninguna norma que lo prohibiese, la enfermera los invitó a participar. Apagaron las luces, cerraron las puertas y pusieron música; la enfermera, la hija y el hijo de la paciente lloraron juntos mientras preparaban a la Sra. Walsh para que se la llevaran al depósito de cadáveres. La enfermera se ocupó de todas las vías intravenosas, mientras sus hijos la bañaron. La enfermera dio testimonio de la sutilidad con que sintonizó su capacidad de implicación con esta familia cuando explicó que, al principio, se sintió incómoda porque pensaba que el hijo y la hija estarían este tiempo solos con su madre. Después se dio cuenta de que, en realidad, ellos querían que ella estuviera con ellos. Esta situación le enseñó que las familias de pacientes muy enfermos también necesitan cuidados. La enfermera explicó que este era un caso paradigmático para motivarla a adoptar un rol de CNS, ampliando su área de influencia sobre sus pacientes durante su turno a otros turnos, otros pacientes y sus familias y otras disciplinas» (Brykczynski, 1998, págs. 351-359).

Dominio: el rol de ayuda de la enfermera

Este ejemplo muestra el significado y la intención de diversas competencias en este dominio, en concreto creando un clima de curación y proporcionando apoyo emocional e informativo a las familias de los pacientes (Benner, 1984a). La incorporación de la familia como participante en los cuidados de un paciente gravemente enfermo requiere un alto nivel de habilidad que no puede desarrollarse hasta que la enfermera se siente competente y con confianza en las habilidades técnicas de los cuidados intensivos. Esta enfermera tenía muchos años de experiencia en esta unidad y vio que proporcionar cuidados a su madre era tan importante para estos hijos que rompió la costumbre en su unidad y les enseñó a tomar medidas básicas de comodidad e higiene. La enfermera explicó que las demás enfermeras de la unidad de cuidados intensivos mantenían la creencia de que la implicación activa de la familia en los cuidados era intrusiva y estaba totalmente fuera de lugar. Una creencia de este tipo se basa en preocupaciones respecto a la seguridad del paciente y a la eficacia de los cuidados; incluso impiden que la familia se implique

totalmente en la relación de cuidado. Esta enfermera demostró coraje moral, compromiso con el cuidado y poder de comunicación para ir contra la costumbre de la unidad de excluir a los familiares del cuidado directo. Tenía 8 años de experiencia en esta unidad y sus compañeras la respetaban, de manera que fue capaz de cambiar la práctica empezando con esta situación familia-paciente e implicando a las otras dos enfermeras que trabajaban con ella.

La investigación de Chesla (1996) señala un vacío entre la teoría y la práctica respecto a la inclusión de las familias en los cuidados del paciente. Eckle (1996) estudió la presencia de la familia con niños en situaciones de urgencia y concluyó que, en momentos de crisis, las necesidades de las familias deben atenderse para proporcionar un cuidado eficaz y compasivo. La práctica experta de incorporar a la familia en la asistencia surgió como un aspecto significativo en el texto narrativo del estudio del enfermero experto identificado por sus compañeros expertos. Se definió como competencia adicional en el dominio llamado *rol de ayuda de la enfermera* y se nombró *extremar el rol de la familia en el cuidado* (Brykczynski, 1998). La intención de esta competencia es valorar cada situación a medida que surge y se desarrolla, de manera que la implicación de la familia en el cuidado pueda dirigirse adecuadamente a las necesidades específicas de la familia-paciente y no estén excluidos de la implicación ni participen de manera impuesta.

Este ejemplo muestra que la propuesta de Benner es dinámica y específica para cada situación. La creencia de que estar en armonía con la implicación de la familia en el cuidado es un proceso de desarrollo está apoyada por la descripción de Nuccio et al. (1996) de este aspecto del cuidado en su institución. Ellos observaron que las enfermeras principiantes empiezan reconociendo sus sentimientos asociados con los cuidados centrados en la familia, mientras que las enfermeras expertas desarrollan propuestas creativas para incluir a los pacientes y a las familias en el cuidado. Posteriormente, Levy (2004) delimitó el proceso complejo de sintonización de la colaboración de la enfermera con las familias en la unidad de cuidados intensivos en su estudio fenomenológico interpretativo, que articula las prácticas de enfermeras con niños quemados y sus familias.

Actividades de pensamiento crítico

1. Comente la narrativa clínica que se recoge aquí usando el formato de discusión de casos para fomentar un aprendizaje situado del razonamiento clínico (Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard, 2011).
2. En relación con los diversos aspectos del caso tal como se suceden en el tiempo, considere las preguntas que estimulan el pensamiento, fomentan la comprensión y promueven el diálogo, como serían las siguientes: ¿cuáles son sus preocupaciones en esta situación? ¿Qué aspectos destacan como los principales? ¿Qué le diría a los familiares en momentos concretos? ¿Cómo respondería a sus compañeros de enfermería si le preguntaran acerca de su integración con la familia en los cuidados?
3. Usando el abordaje de Benner, describa los cinco niveles de competencia e identifique las intenciones características y los significados inherentes a cada nivel de la práctica.

Referencias para ampliar conocimientos

- Brykczynski, K. A. (2014). Benner's philosophy in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 118–137). St Louis: Elsevier Mosby.

Vídeos y recursos web

- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1992). *From beginner to expert: Clinical knowledge in critical care nursing* (vídeo). New York: Helene Fuld Trust Fund; Athens OH: Fitne, Inc. Disponible en Fitne.net.
- EducatingNurses.com: incluye recursos didácticos en vídeo, desarrollo curricular y recursos de formación: http://www.educatingnurses.com.
- NovicetoExpert.org: sistema de aprendizaje *online* para sustituir los libros de texto. Demostración de simulaciones clínicas *online* con discusión de casos clínicos:

http://www.NovicetoExpert.org.

- Benner, P., Stannard, D., & Hooper-Kyriakidis, P. (2001). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach* (CD-ROM). Philadelphia: Saunders.
- Benner P. (2008). Novice to Expert (entrevista en vídeo). *The Nurse Theorists Portraits of Excellence,* Volume 2. Athens, OH: FITNE, Inc. Disponible en Fitne.net.

Bibliografía

Alberti AM. Advancing the scope of primary nurses in the NICU. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 1991;5(3):44–50.

Altmann TK. An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy? *Contemporary Nurse*. 2007;25(1–2):114–123.

Alvsvåg H. Kari Martinsen: Philosophy of caring. In: Alligood MR, ed. *Nursing theorists and their work*. 8th ed. St Louis: Mosby; 2014:147–170.

Aristotle. (1985). *Nicomachean ethics* [T. Irwin, Trans.]. Indianapolis, IN: Hackett.

Balasco EM, Black AS. Advancing nursing practice: Description, recognition, and reward. *Nursing Administration Quarterly*. 1988;12(2):52–62.

Barnum BJ. *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. Glenview, IL: Scott, Foresman; 1990.

Benner P. Issues in competency-based training. *Nursing Outlook*. 1982;20(5):303–309.

Benner P. Uncovering the knowledge embedded in clinical practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1983;15(2):36–41.

Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.

Benner P. *Stress and satisfaction on the job: Work meanings and coping of mid-career men*. New York: Praeger; 1984.

Benner P. The oncology clinical nurse specialist: An expert coach. *Oncology Nursing Forum*. 1985;12(2):40–44.

Benner P. Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science*. 1985;8(1):1–14.

Benner P. A dialogue with excellence. *American Journal of Nursing*. 1987;87(9):1170–1172.

Benner P. The role of narrative experience and community in ethical

comportment. *Advances in Nursing Science*. 1992;14(2):1–21.

Benner P. The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In: Benner P, ed. *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994:99–126.

Benner P. Embodiment, caring and ethics: A nursing perspective: The 1995 Helen Nahm lecture. *The Science of Caring*. 1996;8(2):30–36.

Benner P. A response by P. *Benner to K. Cash. Benner and expertise in nursing: a critique. International Journal of Nursing Studies*. 1996;33(6):669–674.

Benner P. Claiming the wisdom and worth of clinical practice. *Nursing and Health Care Perspectives*. 1999;20(6):312–319.

Benner P, The quest for control and the possibilities of care. Wrathall MA, Malpas J, eds. *Heidegger, coping and cognitive science: Essays in honor of Hubert L. Dreyfus*, vol. 2. Cambridge, MA: MIT Press; 2000:293–383.

Benner P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*. 2005;24(3):188–199.

Benner P. *Educating nurses: A call for radical transformation—how far have we come? Journal of Nursing Education*. 2012;51(4):183–184.

Benner P. Pedagogical implications for the Carnegie Study. *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. Asian Nursing Research*. 2015;9(1):1–6.

Benner P, Benner RV. The clinical practice development model: Making the clinical judgment, caring and collaborative work of nurses visible. In: Haag-Heitman B, ed. *Clinical practice development: Using novice to expert theory*. Gaithersburg, MD: Aspen; 1999:17–42.

Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders; 1999.

Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. 2nd ed. New York: Springer; 2011.

Benner P, Malloch K, Sheets V, eds. *Nursing pathways for patient safety: Expert panel on practice breakdown*. Philadelphia: Elsevier International Press; 2010.

Benner P, Sheets V, Uris P, Malloch K, Schwed K, Jamison D. Individual, practice, and system causes of errors in nursing: A taxonomy. *Journal of Nursing Administration*. 2002;32(10):509–523.

Benner P, Stannard D, Hooper-Kyriakidis P. *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach (CD-ROM)*.

Philadelphia: Saunders; 2001.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. Stanford, CA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; San Francisco: Jossey-Bass.

Benner P, Tanner C. Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*. 1987;87(1):23–31.

Benner P, Tanner C, Chesla C. From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*. 1992;14(3):13–28.

Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer; 1996.

Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. 2nd ed. New York: Springer; 2009.

Benner P, Wrubel J. Skilled clinical knowledge: The value of perceptual awareness. *Nurse Educator*. 1982;7(3):11–17.

Benner P, Wrubel J. *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1989.

Brykczynski, K.A. (1985). *Exploring the clinical practice of nurse practitioners*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 46, 3789B. (University Microfilms No. DA8600592.).

Brykczynski KA. *Principal investigator. Developing a profile of expert nursing practice. Project of the UTMB Nursing Service Task Force studying expert nursing practice, supported by UTMB Joint Ventures*. Galveston, TX: University of Texas Medical Branch; 1993-1995.

Brykczynski KA. Clinical exemplars describing expert staff nursing practice. *Journal of Nursing Management*. 1998;6:351–359.

Brykczynski KA. An interpretive study describing the clinical judgment of nurse practitioners. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1999;13(2):141–166.

Brykczynski K, Benner P. The living tradition of interpretive phenomenology. In: Chan GK, Brykczynski KA, Malone RE, Benner P, eds. *Interpretive phenomenology in health care research*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2010:113–141.

Cash K. Benner and expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies*. 1995;32(6):527–534.

Cathcart EB. The making of a nurse manager: The role of experiential learning in leadership development. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(4):440–447.

Chan GK, Brykczynski KA, Malone RE, Benner P, eds. *Interpretive*

phenomenology in health care research. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2010.

Chesla CA. Reconciling technologic and family care in critical-care nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1996;28(3):199–203.

Coyle JS. Development of a model home health nurse internship program for new graduates: Key lessons learned. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2011;42(5):201–214.

Crider MC, McNiesh SG. Integrating a professional apprenticeship model with psychiatric clinical simulation. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 2011;49(5):42–49.

Crissman S, Jelsma N. Cross-training: Practicing effectively on two levels. *Nursing Management*. 1990;21(3): 64a–64h.

Darbyshire P. Skilled expert practice: Is it "all in the mind"? A response to English's critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19:755–761.

Day L, Benner P. Ethics, ethical comportment, and etiquette. *American Journal of Critical Care*. 2002;11(1):76–79.

Day L, Benner P. The hidden curriculum in nursing education. In: Hafferty FW, O'Donnell JF, Baldwin DWC Jr, eds. *The hidden curriculum in health professional education*. Lebanon: NH: University Press of New England; 2014:140–149.

De Jong MJ, Benner R, Benner P, Richard ML, Kenny DJ, Kelley P, et al. Mass casualty care in an expeditionary environment: Developing local knowledge and expertise in context. *Journal of Trauma Nursing*. 2010;17(1):45–58.

Dilthey, W. (1976). *Selected writings*. [H. P. Rickman, Trans. & Ed.] London: Cambridge University Press.

Dolan K. Building bridges between education and practice. In: Benner P, ed. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984:275–284.

Dreyfus HL. *What computers can't do*. New York: Harper & Row; 1979.

Dreyfus HL. *Being-in-the-world: A commentary on being and time dimension*. Cambridge, MA: MIT Press; 1991.

Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over machine*. New York: The Free Press; 1986.

Dreyfus HL, Dreyfus SE. The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. In: Benner P, Tanner C, Chesla C, eds. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer; 1996:29–47.

Dreyfus SE, Dreyfus HL. *A five-stage model of the mental activities involved in*

directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research, USAF (Contract F49620-79-c-0063). Berkeley, CA: University of California, Berkeley; 1980.

Dunlop MJ. Is a science of caring possible? *Journal of Advanced Nursing*. 1986;11:661–670.

Dunne J. *Back to the rough ground: Practical judgment and the lure of technique*. Notre Dame, IN: Indiana University Press; 1993.

Eckle NJ. Family presence—where would you want to be? *Critical Care Nurse*. 1996;16(1):102.

English I. Intuition as a function of the expert nurse: A critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18:387–393.

Farrell P, Bramadat IJ. Paradigm case analysis and stimulated recall: Strategies for developing clinical reasoning skills. *Clinical Nurse Specialist*. 1990;4(3):153–157.

Fenton MV. Identification of the skilled performance of master's prepared nurses as a method of curriculum planning and evaluation. In: Benner P, ed. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984:262–274.

Fenton MV. Identifying competencies of clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Administration*. 1985;15(12):31–37.

Fenton MV, Brykczynski KA. Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*. 1993;9(6):313–326.

Gadamer G. *Truth and method*. London: Sheer & Ward; 1970.

Gaston C. Inservice education: Career development for South Australian nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 1989;6(4):5–9.

Glass H. A guest in the house. In: Davis MZ, Kramer M, Strauss AI, eds. *Nurses in practice: A perspective on work environments*. St Louis: Mosby; 1975:178–189.

Gordon DR. Models of clinical expertise in American nursing practice. *Social Science and Medicine*. 1986;22(9):953–961.

Hamric AB, Whitworth TR, Greenfield AS. Implementing a clinically focused advancement system. *Journal of Nursing Administration*. 1993;23(9):20–28.

Hargreaves L, Nichols A, Shanks S, Halamak LP. A handoff report card for general nursing orientation. *Journal of Nursing Administration*. 2010;40(10):424–431.

Heidegger, M. (1962). *Being and time*. [J. MacQuarrie & E. Robinson, Trans.] New York: Harper & Row.

Huntsman A, Lederer JR, Peterman EM. Implementation of staff nurse III

at El Camino Hospital. In: Benner P, ed. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984:244–257.

Kelley PW, Kenny DJ, Gordon DR, Benner P. The evolution of case management for service members injured in Iraq and Afghanistan. *Qualitative Health Research*. 2015;25(3):426–439.

Kierkegaard, S. (1962). *The present age*. [A. Dur, Trans.] New York: Harper & Row.

Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*. 1978;88:251–258.

Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1970.

Lazarus RS, The trivialization of distress. Rosen JC, Solomon LJ, eds. *Preventing health risk behaviors and promoting coping with illness*, vol. 8. Hanover, NH: University Press of New England; 1985:279–298.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisals and coping*. New York: Springer; 1984.

Levy K. Practices that facilitate critically burned children's healing. *Qualitative Health Research*. 2004;13(10):1–21.

Lindeke LL, Canedy BH, Kay MM. A comparison of practice domains of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*. 1997;13(5):281–287.

Lock M, Gordon DR, eds. *Biomedicine examined*. Boston, MA: Kluwer Academic; 1989.

Løgstrup, K. E. (1995a). *Metaphysics* (Vol. I). [R. L. Dees, Trans.] Milwaukee, WI: Marquette University Press.

Løgstrup, K. E. (1995b). *Metaphysics* (Vol. II). [R. L. Dees, Trans.] Milwaukee, WI: Marquette University Press.

Løgstrup, K. E. (1997). *The ethical demand* (with introduction by A. MacIntyre & H. Fink). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

MacIntyre A. *After virtue: A study in moral theory*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 1981.

MacIntyre A. *Dependent rational animals: Why human beings need the virtues*. Chicago: Open Court; 1999.

McNiesh S, Benner P, Chesla C. Learning formative skills of nursing practice in an accelerated program. *Qualitative Health Research*. 2011;21(1):51–61.

Martin, L.L. (1996). *Factors affecting performance of advanced nursing practice*. [Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of

Nursing.] (University Microfilms No. 9627443.).

Mauleon AL, Palo-Bengtsson L, Ekman S. Anesthesia care of older patients as experienced by nurse anesthetists. *Nursing Ethics*. 2005;12(3):263–272.

Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception. [C. Smith, Trans.]*. London: Routledge and Kegan Paul; 1962.

National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF). *Curriculum guidelines and program standards for nurse practitioner education*. Washington, DC: Author; 1990.

Neverveld ME. Preceptorship: One step beyond. *Journal of Nursing Staff Development*. 1990;6(4): 186-189, 194.

Nuccio SA, Lingen D, Burke LJ, Kramer A, Ladewig N, Raum J, et al. The clinical practice developmental model: The transition process. *Journal of Nursing Administration*. 1996;26:29–37.

O'Neill O. *Towards justice and virtue: A constructive account of practical reasoning*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1996.

Packer MJ. Hermeneutic inquiry in the study of human conduct. *American Psychologist*. 1985;40(10):1081–1093.

Paley J. Intuition and expertise: Comments on the Benner debate. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;23(4):665–671.

Phillips S, Benner P, eds. *The crisis of care: Affirming and restoring caring practices in the helping professions*. Washington, DC: Georgetown University Press; 1994.

Polanyi M. *Personal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press; 1958.

Rubin J. *Too much of nothing: Modern culture, the self and salvation in Kierkegaard's thought [Unpublished doctoral dissertation.]*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley; 1984.

Schwartz A. State of nursing education. *Science of Caring*. 2005;17(1):12–15.

Silver M. A program for career structure: from neophyte to expert. *The Australian Nurse*. 1986;16(2):38–41.

Silver M. A program for career structure: A vision becomes a reality. *The Australian Nurse*. 1986;16(2):44–47.

Taylor C. Interpretation and the sciences of man. *The Review of Metaphysics*. 1971;25:3–34.

Taylor, C. (1982). *Theories of meaning*. Dawes Hicks Lecture. Proceedings of the British Academy (pp. 283–327). Oxford, UK: Oxford University Press.

Taylor C. *Sources of the self: The making of modern identity*. Cambridge, MA: Harvard; 1989.

Taylor C. *Ethics of authenticity*. Cambridge, MA: Harvard; 1991.

Taylor C. Explanation and practical reason. In: Nussbaum M, Sen A, eds. *The quality of life*. Oxford, UK: Clarendon; 1993:208–231.

Taylor C. Philosophical reflections on caring practices. In: Phillips SS, Benner P, eds. *The crisis of care: Affirming and restoring caring practices in the helping professions*. Washington, DC: Georgetown University Press; 1994:174–187.

Uhrenfeldt L. Caring for nursing staff among proficient first-line nurse leaders. *International Journal for Human Caring*. 2009;13(2):39–44.

Ullery J. Focus on excellence. In: Benner P, ed. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984:258–261.

Visintainer M. [Book Review] The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1988;20(2):113–114.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Benner P. *From novice to expert. [Commemorative edition.]*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2001.

Benner P. *The use of nursing narratives for refl ecting on ethical and clinical judgment*. Tokyo, Japan: Shorinsha; 2004.

Gordon S, Benner P, Noddings N, eds. *Caregiving readings in knowledge, practice, ethics, and politics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1996.

Kyriakidis P, Ahrens T, Benner P. *Adult health I and II, NovEx, novice to expert learning*. Saddleback, NJ: Pearson Publishers; 2016.

Capítulos de libros

Benner P. A dialogue between virtue ethics and care ethics. In: Thomasma D, ed. *The moral philosophy of Edmund Pellegrino*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer; 1997:47–61.

Benner P. When health care becomes a commodity: The need for compassionate strangers. In: Kilner JF, Orr RD, Shelly JA, eds. *The changing face of health care*. Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans; 1998:119–135.

Benner P. Caring as a concept for the practice. In: Solari-Twaddell A, ed. *Parish nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1999:171–181.

Benner P. The phenomenon of care. In: Tombs SK, ed. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer; 2001:351–369.

Benner P. Learning through experience and expression: Skillful ethical comportment in nursing practice. In: Pellegrino ED, Thomasma DC, Kissel JL, eds. *The healthcare professional as friend and healer: Building on the work of Edmund Pellegrino*. Washington, DC: Georgetown University Press; 2002:49–64.

Benner P. Clinical reasoning articulating experiential learning in nursing practice. In: Slevin O, Basford L, eds. *Theory and practice of nursing*. 2nd ed. London: Nelson Thornes; 2003:176–186.

Benner P. Stigma and personal responsibility: Moral dimensions of a chronic illness. In: Purtillo RB, Jensen GM, Brasic RC, eds. *Educating for moral action: A sourcebook in health and rehabilitation ethics*. Philadelphia: F.

A. Davis; 2005.

Benner P. Interpretive phenomenology. In: Given LM, ed. *The Sage encyclopedia of qualitative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2007.

Benner P. Experiential learning, skill acquisition and gaining clinical knowledge. In: Obsborn K, Wraa K, Watson A, Wraa C, eds. *Medical-surgical nursing*. Saddleback, NJ: Prentice-Hall; 2010:32–44.

Benner P. *Celebrating the work of Kari Martinsen: Celebrating the centrality of care and a receptive ethic a festschrift in honor of Professor Kari Martinsen*. Oslo, Norway: Akribe AS; 2013.

Benner P. Patricia Benner, five philosophical questions. In: Forss A, Ceci C, Drummod JS, eds. *Philosophy of nursing, five questions*. London: Automatic Press; 2013:19–31.

Benner P, Leonard VW. Patient concerns and choices and clinical judgment in EBP. In: Melnyk B, Fineout-Overholt E, eds. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practices*. Philadelphia: Lippincott; 2005.

Benner P, Gordon S. Caring practice. In: Gordon S, Benner P, Noddings N, eds. *Caregiving, readings in knowledge, practice, ethics and politics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1996:40–55.

Benner P, Leonard VW. Patient concerns, choices, and clinical judgment in evidence-based practice. In: Mszurek BM, ed. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott; 2005:163–182.

Benner P, Sutphen M. Clinical reasoning, decision-making in action: Thinking critically and clinically. In: Hughes R, ed. *Patient safety and quality for nursing center for primary care, prevention, & clinical partnerships*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

Benner P, Sutphen M. Professional nursing education: Teaching for the complex practice of nursing. In: Peterson P, Baker E, McGaw B, eds. *Elsevier international encyclopedia for education*. Philadelphia, PA: Elsevier; 2010:65–70.

Day L, Benner P, Sutphen M, Leonard V. Reflections on clinical education: Insights from the Carnegie Study. In: Valiga T, Ard N, eds. *Clinical nursing education: Current reflections*. New York: National League for Nursing; 2009:71–88.

Artículos de revistas

Benner P. A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Theoretical Medicine*. 1996;23:1–15.

Benner P. A response by P. Benner to K. Cash. Benner expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies*. 1996;33(6):669–674.

Benner P. The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*. 2000;1:5–19.

Benner P. The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*. 2000;100(10): 99–101, 103, 105.

Benner P. Curing, caring, and healing in medicine: Symbiosis and synergy or syncretism? *Park Ridge Center Bulletin*. 2001;23:11–12.

Benner P. [Book review] From detached concern to empathy: Humanizing medical practice, J. Halpern. *The Cambridge Quarterly for Health Care Ethics*. 2003;12(1):134–136.

Benner P. The dangers of geneticism. *Journal of Midwifery and Women's Press*. 2004;49(3):260–262.

Benner P. Formation in professional education: An examination of the relationship between theories of meaning and theories of the self. *Journal of Medicine and Philosophy. Special Edition on the Influence of Charles Taylor on Medical Ethics*. 2011;36:342–353.

Benner P, Brennan Sr MR, Kessenich CR, Letvak SA. Critique of Silva's philosophy, science and theory: Interrelationships and implications for nursing research. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1996;29(3):214–215.

Benner P, Ekegren K, Nelson G, Tsolinas T, Ferguson-Dietz L. The nurse as a wise, skillful and compassionate stranger. *American Journal of Nursing*. 1997;97(11):27–34.

Benner, P., Halpern, J., Gordon, D.R., & Kelley, P. (In Press). Beyond pathologizing harm: Understanding PTSD in the context of war experience. *Journal of Medicine and Humanities*.

Benner P, Sutphen M. Learning across the professions: The clergy, a case in point. *Journal of Nursing Education*. 2007;46(3):103–108.

Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Learning to see and think like a nurse: Clinical reasoning and caring practices. *Journal of Japanese Society of Nursing Research*. 2007;30(1):20–24.

Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Formation and ethical comportment in nursing. *American Journal of Critical Care*. 2008;17(5):173–176.

Benner P, Stannard D, Hooper PL. "Thinking-in-action" approach to teaching clinical judgment: A classroom innovation for acute care advanced practice nurses. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1996;1:70–77.

Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1996). Nurse practitioner extra: Becoming an expert nurse. Adapted with permission from Benner, Tanner, & Chesla (Eds.), *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.

Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1996). The social fabric of nursing knowledge. Adapted with permission from Benner, Tanner, & Chesla (Eds.), *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.

Brant M, Rosen L, Benner P. Nurses as skilled Samaritans: The nurse as wise, skillful, and compassionate stranger. *American Journal of Nursing*. 1998;98(4):22–23.

Cohen H, Benner P. Individual, practice, and system causes of errors in nursing: A taxonomy. *Journal of Nursing Administration*. 2002;32(10):509–523.

Dracup K, Cronenwett L, Meleis A, Benner P. Reflections on the doctorate of nursing practice. *Nursing Outlook*. 2005;53(4):177–182.

Ekegren K, Nelson G, Tsolinas A, Ferguson-Dietz L, Benner P. The nurse as wise, skillful, and compassionate stranger. *American Journal of Nursing*. 1997;97:26–34.

Emami A, Benner P, Ekman SL. A sociocultural health model for late-in-life immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*. 2001;12(1):15–24.

Emami A, Benner P, Lipson JG, Ekman SL. Health as continuity and balance in life. *Western Journal of Nursing Research*. 2001;22:812–825.

Fowler M, Benner P. The new code of ethics for nurses: A dialogue with Marsha Fowler. *American Journal of Critical Care*. 2001;10(6):434–437.

Harrington C, Crider MC, Benner P, Malone R. Advanced nursing training in health policy: Designing and implementing a new program. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2005;6(2):99–108.

Massimo L, Evans LK, Benner P. Caring for loved ones with frontotemporal degeneration: The lived experiences. *Geriatric Nursing*. 2013;34(4):302–306.

Puntillo KA, Benner P, Drought T, Drew B, Stotts N, Stannard D, et al. End-of-life issues in intensive care units: A national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care*. 2001;10(4):216–229.

Spichiger E, Wallhagen M, Benner P. Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2005;19(4):303–309.

Sullivan W, Benner P. Challenges to professionalism: Work integrity and the call to renew and strengthen the social contract of the professions. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(1):78–84.

Sunvisson H, Haberman B, Weiss S, Benner P. Augmenting the Cartesian medical discourse with an understanding of the person's lifeworld, lived body, life story and social identity. *Nursing Philosophy*. 2009;10:241–252.

Weiss SM, Malone RE, Merighi JR, Benner P. Economism, efficiency, and

the moral ecology of good nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2002;34(2):95–119.

Fuentes secundarias

Tesis doctorales

Boller, J. E. (2001). *The ecology of exercise: An interpretive phenomenological account of exercise in the lifeworld of persons on maintenance hemodialysis*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, B62/12, 5638. (University Microfilms No. 3034743.).

Brykczynski, K. A. (1985). *Exploring the clinical practice of nurse practitioners*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 46, 3789B. (University Microfilms No. DA8600592.)

Chan, G. K. (2005). *E.R. 5 exit required. A philosophical, theoretical, and phenomenological investigation of care at the end-of-life in the emergency department*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, B66/06, 3054. (University Microfilms No. 3179943.)

Chesla, C. A. (1988). *Parents' caring practices and coping with schizophrenic offspring, an interpretive study*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 49-B, 2563. (University Microfilms No. AAD88-13331.)

Cho, A. (2001). *Understanding the lived experience of heart transplant recipients in North America and South Korea: An interpretive phenomenological cross-cultural study*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, B62/12, 5639. (University Microfilms No. 3034721.)

Day, L. J. (1999). *Nursing care of potential organ donors: An articulation of ethics, etiquette and practice*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] Dissertation Abstracts International, 60-B, 5431. (University Microfilms No. AADAA-19951464.)

Doolittle, N. (1990). *Life after stroke*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 51-B, 1742. (University Microfilms No. AAD90-24963.)

Dunlop, M. (1990). *Shaping nursing knowledge: An interpretive analysis of curriculum documents from NSW Australia*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 51-B, 659. (University Microfilms No. AAD90-16380.)

Hooper, P. L. (1995). *Expert titration of multiple vasoactive drugs in post-cardiac surgical patients: An interpretive study of clinical judgment and perceptual*

acuity. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 57-B, 238. (University Microfilms No. AAD85-19614338.)

Kesselring, A. (1990). *The experienced body, when taken-for-grantedness falters: A phenomenological study of living with breast cancer*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 52-B, 1955. (University Microfilms No. AAD91-19579.)

Kinavey, C. (2003). *Adolescents living with spina bifida: Moving from parental to self-care*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*. (University Microfilms No. 3051044.)

Leonard, V. W. (1993). *Stress and coping in the transition to parenthood of first time mothers with career commitments: An interpretive study*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 54-A, 3221. (University Microfilms No. AAD94-02354.)

MacIntyre, R. (1993). *Sex, drugs, and T-cell counts in the gay community: Symbolic meanings among gay men with asymptomatic HIV infections (immune deficiency)*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 54-B, 4601. (University Microfilms No. AAD94-06617.)

Mahrer-Imhof, R. (2003). *Couples' daily experiences after the onset of cardiac disease: An interpretive phenomenological study*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.]

McNiesh, S. G. (2009). *Formation in an accelerated nursing program: Learning existential skills of nursing practice*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, B69/9, 5320. (University Microfilms No. 3324573.)

Oakes-Greenspan, M. (2008). *Running toward: Reframing possibility and finitude through physicians' stories at the end of life*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, A68/11. (University Microfilms No. 3289310.)

Orsolini-Hain, L. M. (2009). *An interpretive phenomenological study on the influences on associate degree prepared nurses to return to school to earn a higher degree in nursing*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, B69/09, 5321. (University Microfilms No. 3324576.)

Prakke, H. (2004). *Articulating maternal caregivers' concerns, knowledge and needs*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*. (University Microfilms No. 3149700.)

Rodriguez, L. (2007). *Student and faculty experiences of practice breakdown and error in nursing school*. [Doctoral dissertation, University of California,

San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*. (University Microfilms No. 3289350.)

Spichiger, E. (2004). *Dying patients' and their families' experiences of hospital end-of-life care*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*. (University Microfilms No. 3136071.)

Weiss, S. M. (1996). *Possibility or despair: Biographies of aging*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.] *Dissertation Abstracts International*, 57-B, 3662. (University Microfilms No. AAD96-34295.)

[*] Autoras anteriores: Jullette C. Mitre, Sr., Judith E. Alexander y Susan L. Keller. La autora desea expresar su agradecimiento a Patricia Benner por revisar este capítulo.

10

Filosofía de la asistencia

Herdis Alvsvåg[*]

«La enfermería se basa en un buen cuidado de la vida, en el amor amistoso… Al mismo tiempo, es necesario que la enfermera tenga una formación profesional.»

(Martinsen, 2006, pág. 78)

Kari Martinsen
(1943-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Kari Marie Martinsen, enfermera y filósofa, nació en Oslo, Noruega, en 1943, durante la ocupación alemana de Noruega en la Segunda Guerra Mundial. Sus padres pertenecieron al movimiento de la Resistencia. Después de la guerra, dominaron el ambiente familiar debates morales y sociopolíticos, en el seno de una familia formada por tres generaciones: una hermana más joven, los padres y una abuela. Sus padres eran economistas formados en la Universidad de Oslo. Su madre trabajó toda la vida fuera de casa.

Tras la enseñanza secundaria, Martinsen inició sus estudios en la

Facultad de Enfermería Ullevål de Oslo y se graduó en 1964. Trabajó en práctica clínica en el hospital de Ullevål durante un año, mientras seguía estudios preparatorios para ingresar en la universidad. Antes de aventurarse en una carrera universitaria, se especializó como enfermera psiquiátrica en 1966 y trabajó durante 2 años en el hospital psiquiátrico Dikemark, cerca de Oslo.

Mientras ejercía de enfermera, se preocupó por las desigualdades sociales en general y por el servicio de salud en particular. La salud, la enfermedad, el cuidado y el tratamiento obviamente no estaban distribuidos por igual. También entendió que existían discrepancias entre las teorías, los ideales y los objetivos del cuidado de la salud, por un lado, y los resultados prácticos de la enfermería, la medicina y los servicios sanitarios, por otro. Empezó así a cuestionarse cómo habían de estructurarse una sociedad y una profesión para apoyar y ayudar a los enfermos y a los que están fuera del mercado laboral. Una pregunta especialmente incisiva era cómo debe funcionar la enfermería para evitar abandonar a los pacientes más débiles y a los que necesitan una mayor atención. La siguiente pregunta obvia era cómo puede atender la enfermera al paciente si la ciencia médica se relaciona primero y principalmente con las enfermedades del paciente. En otras palabras, Martinsen quería saber cómo los que representan los servicios sanitarios ofrecen una enfermería adecuada a las personas que están bajo su cuidado, si están tan ligados a una ciencia que objetiva al paciente. Asimismo, se preguntó si esa misma objetivación aumentaría al hacer hincapié en conseguir una base científica para la enfermería.

Estas preguntas básicas instaron a Martinsen a realizar más estudios, ahora para una licenciatura en Psicología por la Universidad de Oslo en 1968, con el objetivo de obtener un máster en Psicología. Como prerrequisito, necesitaba un examen intermedio en fisiología y otro crédito libre de nivel intermedio; eligió Filosofía. Este encuentro con la filosofía y la fenomenología le hizo cambiar de planes drásticamente. Se dio cuenta de que la filosofía podía explicar mejor que la psicología las cuestiones existenciales que se planteaba. El estudio de la fenomenología la llevó a la Universidad de Bergen, la segunda ciudad más grande de Noruega.

De 1972 a 1974 acudió al Departamento de Filosofía de la

Universidad de Bergen. En su trabajo para obtener la licenciatura en Filosofía *(Magister artium),* Martinsen se enfrentó filosóficamente con cuestiones que le disgustaban como ciudadana, profesional y trabajadora sanitaria. Su tesis *Philosophy and Nursing: A Marxist and Phenomenological Contribution* (Martinsen, 1975) originó un debate inmediato y recibió una intensa atención crítica. La tesis dirigía una mirada crítica hacia la profesión enfermera por su rechazo a considerar seriamente las consecuencias de la disciplina, adoptando las características y la base científica de la enfermería de forma acrítica. Esta tendencia contribuiría a distanciar a las enfermeras de los pacientes que más las necesitan. Esta tesis, la primera escrita por una enfermera en Noruega, analizó la disciplina enfermera desde una perspectiva social y de filosofía crítica.

A mediados de los años setenta, Noruega sufrió una gran carencia de profesoras de enfermería. Para solucionar este problema, las directoras de tres Facultades de Enfermería de Bergen decidieron establecer un curso de formación para profesoras de enfermería. El curso fue establecido conjuntamente por la Universidad de Bergen, las autoridades del condado y tres Facultades de Enfermería. Para dirigir el programa se necesitó la participación de una enfermera con formación universitaria, por lo que se pidió a Martinsen que fuera la decana de la Facultad de Formación de Profesoras de Enfermería de Bergen, lo que hizo de 1976 a 1977.

A través de sus estudios filosóficos y de los temas sociológicos que encontró en enfermería práctica y en formación de enfermería, Martinsen se interesó por la historia de la enfermería. ¿Cómo comenzó en Noruega la formación de las enfermeras, quién fue el responsable de su inicio y qué se hizo para conseguirlo? Para estudiar más estrechamente algunos de estos temas, en 1976 Martinsen solicitó y recibió una beca de la Asociación de Enfermería de Noruega. Se afilió al Departamento de Higiene y Medicina Social de la Universidad de Bergen, donde impartía clases a sus estudiantes del programa de formación de profesoras de enfermería y a los estudiantes de Medicina Social.

En ese momento se produjo un encarnizado debate sobre la formación de enfermería en Noruega. Una comisión pública propuso conservar la graduación tradicional en 3 años, y al final

consintió en modificarla y establecer un sistema de cualificación con un período de residencia. Esto significaba que, al finalizar el primer año, la estudiante era una ayudante de cuidados, y con 2 años más, una enfermera. Esto significó el final del principio de un programa de estudios de 3 años de duración. Con la Asociación de Enfermería de Noruega, las enfermeras noruegas protestaron para conservar este programa de estudios de 3 años. Las contendientes permanecieron en bandos contrarios, y se calentó el tono del discurso político sobre el tema de la formación en enfermería. Martinsen participó vivamente en este debate. Aunque sugirió que la formación en enfermería debía cambiar a un programa de 4 años, aprobó también el principio de cualificación con un período de residencia. Asimismo, esbozó un modelo educativo en el que, al cabo de 2 años, se conseguía el título de ayudante, y al cabo de 4, el de enfermera (Martinsen, 1976). Teniendo en cuenta el sistema de graduación en 3 años fomentado por la Asociación de Enfermería, su sugerencia fue considerada como una provocación.

En 1978 recibió una beca del Consejo General de Investigaciones Científicas noruego. En este momento, se hallaba vinculada al Departamento de Historia de la Universidad de Oslo, donde trabajó en su nuevo proyecto de la historia social de la enfermería, mientras impartía un máster sobre historia sociopolítica. De 1981 a 1985 trabajó como colaboradora científica en el Departamento de Historia de la Universidad de Bergen. Además de realizar su propia investigación, Martinsen enseñó y supervisó a estudiantes del máster sobre historia del feminismo; además, elaboró una base de datos sobre la historia del feminismo en Noruega.

El período transcurrido entre 1976 y 1986 puede describirse como su fase histórica (Kirkevold, 2000). Martinsen publicó varios artículos sobre historia (Martinsen, 1977, 1978, 1979a, 1979b). Durante esta fase, fueron estrechas colaboradoras Anne Lise Seip, profesora de Historia Social, Ida Blom, profesora de Historia del Feminismo, y Kari Wærness, profesora de Sociología. En 1979, Martinsen y Wærness publicaron un libro con un título provocativo, *Caring Without Care?* (Martinsen y Wærness, 1979). En este libro, las autoras plantearon importantes cuestiones:

- ¿Se estaban «alejando» las enfermeras del paciente

encamado?
- ¿Se estaba perdiendo el cuidado de los enfermos por la introducción de cuidados y tratamientos cada vez más tecnificados?
- ¿Las enfermeras se estaban convirtiendo en unas administradoras e investigadoras que dejaban cada vez más las tareas de cuidar en manos de otros grupos de profesionales?

Se consideraba que ayudar a las personas enfermas y dependientes era trabajo de las mujeres, y esta visión tiene profundas raíces históricas. Sin embargo, en Noruega, la existencia de la enfermera como rol profesional no es muy antiguo (se remonta a finales del siglo XIX). Las diaconisas (hermanas cristianas laicas) fueron las primeras profesionales de salud noruegas y se formaron en distintas casas alemanas de diaconisas. Martinsen describió cómo estas primeras enfermeras formadas pusieron los cimientos de la formación de enfermería en Noruega y cómo aumentó su número, escribieron libros de texto y ejercieron la enfermería tanto en centros como a domicilio. Fueron las precursoras del sistema de salud público noruego. Este período pionero fue descrito por Martinsen en su libro *History of Nursing: Frank and Engaged Deaconesses: A caring Profession Emerges 1860-1905* (Martinsen, 1984). Con este trabajo, en 1984 Martinsen consiguió el doctorado en Filosofía en la Universidad de Bergen.

En defensa de su tesis, Martinsen tuvo que preparar dos conferencias: «Health Policy Problems and Health Policy Thinking Behind the Hospital Law of 1969» (Martinsen, 1989a) y «The Doctor's Interest in Pregnancy—Part of Perinatal Care: The Period ca. 1890-1940» (Martinsen, 1989b). Este trabajo es resultado de su fase histórica de 10 años de duración, que empezó a mediados de los años setenta, cuando escribió sobre historia social de la enfermería y de historia del feminismo, además de sobre la historia social de la medicina.

A partir de 1986, Martinsen trabajó 2 años como profesora asociada en el Departamento de Salud y Medicina Social de la Universidad de Bergen. Enseñó y supervisó a estudiantes de másteres, además de escribir varios ensayos filosóficos e históricos

publicados en 1989 con el título *Caring, Nursing and Medicine: Historical-Philosophical Essays* (Martinsen, 1989c). En este libro se reunieron diversos temas de la fase histórica de Martinsen y señaló el inicio de un período más filosófico (Kirkevold, 2000). Se hicieron varias ediciones, y la de 2003 incluye una entrevista con la autora (Karlsson y Martinsen, 2003). Martinsen se preocupó acerca de los problemas fundamentales del cuidado y las interpretaciones del significado de **discernimiento** entre 1985 y 1990. Contribuyó a una antología danesa publicada en 1990 con un ensayo titulado «Moral Practice and Documentation in Practical Nursing». Aquí escribe:

«La práctica de la moral se basa en el cuidado. Atender a los pacientes no constituye tan solo el valor fundamental de la enfermería, sino que también es un prerrequisito fundamental de nuestra vida… El discernimiento exige una participación emocional y la capacidad de efectuar un análisis situacional para valorar posibles alternativas de acción… En enfermería, aprender moral es aprender a encontrar la moral en situaciones concretas. Se explica mediante objetividad experimental o a través de la discreción, en la acción o en el lenguaje. En ambos casos, lo que importa es aprender una buena práctica enfermera.»

(Martinsen, 1990, págs. 60, 64-65)

En 1990, Martinsen se trasladó a Dinamarca por un período de 5 años para trabajar en la Universidad de Århus, con el fin de poner en marcha másteres y programas de doctorado en enfermería. Durante este tiempo desarrolló su base filosófica principalmente gracias a encuentros con filósofos daneses (Martinsen, 2002a) y la tradición teológica. En *Caring, Nursing and Medicine: Historical-Philosophical Essays,* Martinsen (1989c, 2003b) había relacionado el concepto de cuidado con el filósofo alemán Martin Heidegger (1889-1976). Mientras residía en Dinamarca, pasó a ser de dominio público que Heidegger había simpatizado con los nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Por aquel entonces se publicaron una serie de artículos académicos en los que se demostraba que Heidegger era miembro del partido nacionalsocialista alemán y que traicionó a colegas y amigos judíos, como a Edmund Husserl (1859-

1938) y Hannah Arendt (1906-1975). A causa de su relación con los nazis, Heidegger fue apartado de la docencia durante varios años (Lubcke, 1983).

Martinsen contrapuso su pensamiento filosófico con el de Heidegger en *From Marx to Løgstrup: On Morality, Social Criticism and Sensuousness in Nursing* (Martinsen, 1993b). Precisamente porque no es posible separar la vida del aprendizaje, para explicar los aspectos fundamentales de los cuidados Martinsen consideró que era importante recurrir a fuentes distintas de Heidegger. Knud E. Løgstrup (1905-1981), el filósofo y teólogo danés, sería su fuente alternativa, aunque nunca se conocieron. Martinsen supo de su existencia a través de sus libros y a través de su esposa, Rosemarie Løgstrup, que era alemana. Rosemarie conoció a su marido en Alemania, mientras ambos estudiaban filosofía. Más tarde tradujo sus libros al alemán.

Mientras Martinsen vivió y trabajó en Dinamarca, se encontró con Patricia Benner en varias ocasiones en diálogos públicos en Noruega y Dinamarca, y de nuevo en California en 1996. Uno de estos diálogos se publicó posteriormente con el título «Ethics and Vocation, Culture and the Body» (Martinsen, 1997b) y tuvo lugar en una conferencia en la Universidad de Tromsø.

Martinsen también tuvo diálogos importantes con Katie Eriksson, profesora de Enfermería finlandesa. Se encontraron en Noruega, Dinamarca, Suecia y Finlandia. Al comienzo, sus discusiones eran tensas y tirantes, pero con el tiempo evolucionaron hasta conversaciones interesantes y fructíferas que más tarde fueron publicadas como *Phenomenology and Caring: Three Dialogues* (Martinsen, 1996). El primer capítulo del libro de Martinsen se titula «Cuidados y metafísica. ¿Hay sitio para ello en la enfermería?»; el segundo, «El cuerpo y el espíritu en la enfermería», y el tercero, «La fenomenología de la creación, ética y poder: la filosofía de la religión de Løgstrup se encuentra con la práctica de la enfermería». En estos títulos se utiliza un lenguaje sensacional, similar al de los diálogos que Martinsen mantuvo con Benner; en el prefacio del libro explica:

«Las palabras sobre las que hablamos y escribimos son

compasión, esperanza, sufrimiento, dolor, sacrificio, vergüenza, violación, duda. Son "palabras importantes", pero no tanto como su localización en la vida, nuestra situación cotidiana como enfermeras. La misericordia, escribe el teólogo y filósofo danés Løgstrup, es la renovación de la vida, consiste en dar vida a los demás… ¿Qué es la enfermería sino entregar al paciente las posibilidades de vivir una vida significativa en el seno del ciclo vital que va de la vida a la muerte? Para experimentar el significado real de estas importantes palabras debemos adentrarnos en la vida junto con nuestros semejantes.»

(Martinsen, 1996, pág. 7)

Mientras Martinsen enseñaba en Århus, en 1994 también pasó a ser profesora adjunta en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Tromsø. En 1997 se trasladó al norte y pasó a trabajar como profesora a tiempo completo. Sin embargo, dejó este cargo al cabo de 1 año porque no tenía tiempo para investigar y escribir, y en 1998 se convirtió en trabajadora independiente.

En 2002, y durante un período de 5 años, Martinsen regresó a la Universidad de Bergen como profesora en la sección del Departamento de Salud Pública y Atención Primaria para la ciencia de la enfermería. La enseñanza a estudiantes de máster y doctorado ocupó el centro de su labor docente. Organizó cursos doctorales y colaboró a petición de los países nórdicos como supervisora y conferenciante.

El período desde 1990 se caracteriza por la investigación filosófica. Su pensamiento estaba dominado por cuestiones filosóficas y ontológicas fundamentales, así como por su significado en relación con la enfermería. Durante este período, trabajó en proyectos muy dispares y, además de sus propios libros, escribió y publicó en varias publicaciones y antologías. Ya se han mencionado los libros de este período (Martinsen, 1993b, 1996). En 2000 publicó *The Eye and the Call* (Martinsen, 2000b). En este libro, los títulos de los capítulos suenan más poéticos que los de sus primeros trabajos: «Mirar con el ojo del corazón», «Ética, cultura y vulnerabilidad de la carne», «La llamada: ¿podemos vivir sin ella?» y «El acto del amor y la llamada».

Martinsen también trabajó con ideas sobre el espacio y la

arquitectura. Según ella, el espacio y la arquitectura pueden influir en la dignidad humana. Escribió primero sobre esta idea en el artículo «La casa y la canción, las lágrimas y la vergüenza: el espacio y la arquitectura como guardianes de la dignidad humana» (Martinsen, 2001).

Martinsen ha sido docente en tres Facultades de Enfermería. De 1989 a 1990 trabajó como investigadora en la Bergen Deaconess University College, de Bergen, y desde 2006 como profesora adjunta. De 1999 a 2004 trabajó como profesora adjunta en el Colegio Universitario Lovisenberg Deaconess, en Oslo. En 2007, se convirtió en profesora a tiempo completo en el Colegio Universitario de Harstad, en el norte de Noruega.

Junto a ella surgieron y avanzaron con facilidad las ideas y los proyectos académicos, en los que, asimismo, hizo participar a otras personas. Editó una colección de artículos en los que colaboraron varias profesoras de la Facultad de Enfermería, *The Thoughtful Nurse* (Martinsen, 1993a). Con la ayuda de Martinsen, la Lovisenberg Deaconess University College de Oslo tomó la iniciativa de publicar una nueva edición del primer libro de texto de enfermería noruego, publicado originalmente en 1877 (Nissen, 2000). En esta edición, Martinsen (2000a) escribió un epílogo que sitúa el texto en el contexto de la enfermería académica. Con una compañera de Oslo, Martinsen editó otra colección de artículos con los editores y profesores de la Facultad para el libro *Ethics, Discipline and Refinement: Elizabeth Hagemann's Ethics Book—New Readings* (Martinsen y Wyller, 2003). Este libro proporciona un análisis de un texto sobre ética para profesionales de enfermería publicado en 1930 y se utilizó como libro de texto hasta 1965. Cuando el texto sobre ética fue reeditado en 2003, se interpretó a la luz de los trabajos de dos filósofos franceses, Pierre Bourdieu (1930-2002) y Michel Foucault (1926-1984), así como del sociólogo alemán Max Weber (1864-1920). En 2012, junto con colegas del Colegio Universitario de Harstad, Martinsen publicó un libro sobre narrativa y ética en enfermería (Thorsen, Mæhre y Martinsen, 2012).

Así, el hilo histórico y filosófico está presente en diferentes fases en el pensamiento de Martinsen, quien ilustró su obra de formas diferentes durante los distintos períodos. En 2011, Martinsen fue honrada como Caballero de Primera Clase de la Real Orden

Noruega de San Olaf por la importancia de su trabajo, su pensamiento y su labor como autora en la ciencia de la enfermería.

Fuentes teóricas

En el análisis de la profesión de enfermería realizado por Martinsen a comienzos de los años setenta, tuvo en cuenta especialmente a tres filósofos: Karl Marx (1818-1883), el filósofo alemán, político y teórico social; Edmund Husserl (1859-1938), el filósofo alemán y fundador de la fenomenología, y Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), el filósofo francés y fenomenólogo del cuerpo. Más adelante, amplió sus fuentes teóricas para incluir a otros filósofos, teólogos y sociólogos.

Karl Marx: análisis crítico, práctica de la transformación

La filosofía marxista proporcionó a Martinsen algunas herramientas analíticas con las que describir la realidad de la disciplina enfermera y de la crisis social en la que se encontraba. Esta crisis consistía en el fracaso de la disciplina, que examina y reconoce su naturaleza como fragmentada, especializada y técnica, permitiendo al mismo tiempo una visión holística o global del cuidado. Martinsen observó que la disciplina formaba parte del positivismo y del sistema capitalista, sin praxis de liberación. Existe una «ley de atención inversa» según la cual quien necesita más asistencia es precisamente quien recibe menos. Marx criticó el individualismo y la satisfacción de las necesidades del rico a expensas del pobre. La opinión de Martinsen es que resulta importante exponer este fenómeno cuando se produce en el servicio sanitario. La exposición de esta realidad puede forzar un cambio. Martinsen mantiene que los profesionales de enfermería deben cuestionar la naturaleza de la enfermería, su contenido y estructura interna, sus orígenes históricos y la génesis de la profesión. De este modo, puede conseguirse una práctica de la enfermería crítica en la que la profesional vea su tarea y su profesión en el seno de un contexto histórico y social. Por tanto, su interés histórico tiene una intención crítica y de transformación.

Edmund Husserl: la fenomenología como la actitud natural

En las críticas de la ciencia y el positivismo de Martinsen es importante la fenomenología de Edmund Husserl. La visión de uno mismo que tiene el positivismo consiste en su actitud de convertir al hombre en objeto y de deshumanizarlo y una actitud interesada respecto a la persona. Husserl consideró la fenomenología como una ciencia estricta. Los procesos metodológicos estrictos de la fenomenología llevan a una actitud de reflexión serena sobre la realidad científica, de modo que los individuos puedan descubrir unas estructuras y contextos dentro de los cuales efectúen tareas inconscientes y que se dan por supuestas. Esta práctica consiste en la problemática de lo sobrentendido. Al hacer problemático el autoconocimiento de lo sobrentendido, los individuos encuentran oportunidades para entender «la cosa en sí misma», que siempre se revelará de forma perspectiva. La fenomenología trabaja con lo precientífico, que es lo que se encuentra en la actitud natural, cuando las personas se dirigen a algo con la intención de conocerlo y entenderlo de forma significativa. La fenomenología insiste en el contexto, la totalidad, la participación, el compromiso, el cuerpo y la vida vivida. Los humanos viven en contextos, en el tiempo y en el espacio, y viven históricamente. El cuerpo no puede dividirse en cuerpo y alma, sino que es un todo que está relacionado con otros cuerpos, con las cosas del mundo y con la naturaleza.

Maurice Merleau-Ponty: el cuerpo como la actitud natural

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) trabaja sobre el pensamiento de Husserl, pero centrándose más que cualquier otro pensador en el cuerpo humano situado en el mundo. Tanto Husserl como Merleau-Ponty criticaron a Descartes (1596-1650), que separó a la persona del mundo en el que vive con otras personas. El cuerpo representa la actitud natural del mundo. La profesión enfermera está relacionada con el cuerpo en todos los aspectos. Los profesionales de enfermería utilizan sus propios cuerpos en la tarea de cuidar y se relacionan con otros cuerpos en la necesidad de enfermería, tratamiento y

cuidado. Sus cuerpos y los de sus pacientes se expresan a través de acciones, actitudes, palabras, el tono de voz y los gestos. La fenomenología implica los actos de la interpretación, la descripción y el reconocimiento de la vida vivida, la vida cotidiana que las personas viven junto con otras en un mundo natural mutuo, incluido el contexto profesional en que se produce el cuidado.

Martin Heidegger: el ser existencial como cuidado

Martin Heidegger (1889-1976) fue un fenomenólogo alemán, alumno de Husserl, entre otros. Investigó el ser existencial, es decir, lo que es y cómo es. Martinsen entronca con el concepto de cuidado de Heidegger porque «en su pensamiento el cuidado es un concepto central… El problema radica en intentar evocar las cualidades fundamentales del cuidado, o de lo que el cuidado es y comprende» (Martinsen, 1989c, pág. 68). Continúa: «El análisis de nuestra vida en la práctica no puede separarse del análisis de lo que es el cuidado. Investigar una cosa implica, al mismo tiempo, investigar la otra. En conjunto forman una unidad inseparable. El cuidado es un concepto fundamental para entender a la persona» (Martinsen, 1989c, pág. 69). Con la fenomenología y con Heidegger como telón de fondo, Martinsen dota de contenido y sustancia al cuidado: el cuidado tendrá siempre por lo menos dos partes como prerrequisito. Una persona siente preocupación y ansiedad por otra. El cuidar implica cómo los individuos se relacionan unos con otros, cómo se preocupan uno por otro en su vida cotidiana. El cuidar es el aspecto más natural y fundamental de la existencia humana.

Ya se ha mencionado anteriormente que Martinsen revisó su opinión sobre Heidegger (Martinsen, 1993b). Aunque, al mismo tiempo, no rechazó «el agudo y original pensamiento de Heidegger» (Martinsen, 1993b, pág. 17). Vuelve a Heidegger cuando explica qué significa residir. Heidegger había analizado con meticulosidad el concepto residir y dijo que es siempre vivir entre las cosas (Martinsen, 2001). Heidegger refuerza una idea también mantenida por Merleau-Ponty: las cosas que rodean a los individuos no son simplemente cosas, hablando objetivamente, sino

que realmente participan y modelan sus vidas. Dentro de esas cosas con las que residen dejan algo de sí mismos. Es el cuerpo el que reside, rodeado por un ambiente.

Knud Eiler Løgstrup: la ética como condición primaria de la existencia humana

Knud Eiler Løgstrup (1905-1981), el filósofo y teólogo danés, fue importante para Martinsen porque ocupó el «vacío» dejado por Heidegger. El pensamiento de Løgstrup puede resumirse a través de dos tendencias intelectuales: la fenomenología y la teología de la creación; esta última contiene su filosofía de la religión (teología de la creación no debe confundirse con el «creacionismo» más reciente de EE. UU.). Como fenomenólogo, Løgstrup intentó revelar y analizar el fenómeno esencial de la existencia humana. A través de sus investigaciones fenomenológicas, Løgstrup llegó a lo que denominó *expresiones soberanas* o *espontáneas:* confianza, esperanza, compasión y la sinceridad del lenguaje. Decir que estas características son esenciales es lo mismo que decir que son características preculturales de nuestra existencia. Como características, ofrecen condiciones para nuestra cultura, condiciones para nuestra existencia; hacen posible la comunidad humana (Lubcke, 1983). Según Heidegger, el cuidado es una característica de este tipo. En opinión de Løgstrup, las expresiones soberanas de la vida se convirtieron en las características necesarias para la coexistencia humana.

Martinsen mantiene que para Løgstrup, la metafísica y la ética se hallan mezcladas en el concepto de creación:

«Son fenómenos característicos que nos sostienen, de forma que el cuidado por el otro surge de nuestra condición de haber sido creados. El cuidado por los otros se revela en la relación humana a través de la confianza, el lenguaje, la esperanza y la compasión. Estos fenómenos, que Løgstrup también denomina expresiones soberanas de la vida, son "la ética de nacimiento", lo que significa que son esencialmente éticos. La confianza, el lenguaje sincero, la esperanza y la compasión son fundamentalmente buenos en sí

mismos y no requieren nuestra justificación. Si intentamos dominarlos, serán destruidos. En cambio, la metafísica y la ética, o la ética metafísica, son prácticas. Están relacionadas con cuestiones de la vida en las que la persona es desprovista de omnipotencia.»

(Martinsen, 1993b, págs. 17-18)

Los seres humanos deben cuidar de la existencia, no intentar controlarla: «La cultura occidental es singular respecto a su necesidad de entender y controlar. Se ha alejado de la cuna de nuestra cultura y de nuestra religión en el relato de la creación del Antiguo Testamento. En el mismo, formaban una oposición unificada la "defensa", la "custodia" y el "cuidar", por un lado, y el cultivo y consumo por el otro» (Martinsen, 1996, pág. 79). Decir que estos elementos son opuestos unificados es lo mismo que decir que por separado y por sí mismos son opuestos separados e irreconciliables, pero que cuando se ajustan uno respecto al otro forman una oposición que unifica y crea un todo. Cuidar, guiar y proteger, cultivar y utilizar lo que podríamos decir cultivo y uso de un modo cuidadoso como oposición unificada, significa que los individuos no están dominando ni explotando, sino que son comedidos y considerados en su trato diario con los demás y con la naturaleza.

La cuestión ética es cómo una sociedad consigue combatir el sufrimiento y asistir a los que necesitan ayuda. En el contexto de la enfermería, Martinsen formula esta cuestión de la siguiente manera: «¿Cómo podremos cuidar, como enfermeras, el significado eterno de la persona, su valor ilimitado, independientemente de lo que la persona sea capaz, para lo que pueda ser útil o pueda conseguir? ¿Soy capaz de ver al otro como el otro, y no como fundamentalmente diferente a mí mismo?» (Martinsen, 1993b, pág. 18).

Klim, la casa editora danesa, publica trabajos de y sobre Løgstrug en la colección *The Løgstrup Library.* En este marco, Martinsen ha contribuido con la monografía *Løgstrup og sygepleien (Løgstrup and Nursing)* (Martinsen, 2012a) publicada posteriormente en noruego (Martinsen, 2012b).

Max Weber: la vocación como el deber de servir al vecino a través de nuestro trabajo

Max Weber (1864-1920) fue un sociólogo alemán que tuvo gran importancia en la filosofía de las ciencias sociales. Weber intentó entender el significado de la acción humana. También fue crítico con la sociedad que vio surgir con la aparición de la industrialización. Junto a Marx, Martinsen encontró en Weber un nuevo aliado para la crítica del capitalismo y de la ciencia. Mientras Løgstrup era un filósofo de la religión, Weber era un sociólogo de la religión. Weber también criticaba al mundo occidental su capacidad de intervención y de consumo ilimitados. La ciencia desilusiona al mundo creado precisamente porque en la forma de ver todo lo existente se relaciona con lo que ha sido creado como objeto (Martinsen, 2000b, 2001, 2002b).

Martinsen estaba especialmente interesada en Weber al explicar la vocación (Martinsen, 2000b). Weber se parecía a Martin Lutero (1483-1546), que analizaba la vocación en un sentido laico:

«La vocación es un trabajo en el sentido de una ocupación o de una tarea concreta en la que un individuo provee a su semejante… El joven Lutero unió la vocación al trabajo, y la entendió como un acto de amor entre personas. La vocación se entiende según el concepto de creación: somos creados para cuidar uno de otro mediante el trabajo.»

(Martinsen 2000b, págs. 94-95)

En otras palabras, la vocación está al servicio de la creación. Con referencia al joven Lutero, Martinsen escribió que la vocación «significa que nos encontramos en unos contextos de vida que exigen algo de nosotros. Es un reto que, en mi vocación, me hace reunirme y ayudar a mi vecino. La vocación está en la Existencia como una ley de vida» (Martinsen, 1996, pág. 91).

Michel Foucault: el efecto de su método intensifica la fenomenología de los

fenomenólogos

La fenomenología subraya la importancia de la historia para nuestra experiencia. Aunque en su tesis de filosofía Martinsen (1975) se refirió a Foucault, se preocupó especialmente por este filósofo en relación con sus escritos históricos posteriores a 1976 (Martinsen 1978, 1989a, 2001, 2002b, 2003a). Foucault (1926-1984) fue un filósofo, historiador e ideólogo francés. Estaba interesado por los conceptos de fractura y diferencia, más que por la continuidad y el contexto. Afirmó que en cada época histórica, así como en el seno de las distintas culturas, existen algunas estructuras, sistemas de términos y formas de pensamiento que son comunes y compartidas y que moldean las sociedades. En este sentido, Foucault hizo frente a la filosofía subjetiva, que destaca la importancia de la persona como individuo privado e independiente. Por ejemplo, Foucault se preguntó qué condiciones fundamentales existían en la época histórica en que se crearon los centros para dementes. Así como que en épocas posteriores comenzara a definirse al demente como un enfermo mental. Algo nuevo había ocurrido; ¿de qué dependía? ¿Por qué ocurrió y qué se consiguió en la sociedad? ¿Qué acciones se tomaron; existían alianzas de poder que participasen en el establecimiento de orden y disciplina? Hacer este tipo de preguntas implica descubrir varias capas de conocimiento, yendo más allá de conceptos generales para entender el significado de la historia de un modo diferente y nuevo. Foucault enuncia las distinciones sociales básicas que hacen posible describir a las personas. Estas distinciones están exentas de precondiciones tácitas (Lubcke, 1983). En este sentido, el método de Foucault intensifica el proceso fenomenológico. Él animaba a pensar de forma novedosa y distinta del modo de pensamiento existente en aquella época y en el contexto que cada persona vive. Su visión no solo fue descriptiva, sino también crítica.

Martinsen afirmaba que, al cuidar a los demás, los individuos se relacionan entre ellos de una forma distinta y miran las cosas de una forma diferente a la que emplean las ciencias naturales que son objeto de la medicina, y utilizan una «mirada de clasificación» y una «mirada de exploración» (Martinsen, 1989b, págs. 142-168, 2000a). Esta forma de mirar requiere un espacio particular; el cuidado requiere unos tipos de espacio distintos para la aparición

de diferentes formas de conocimiento. Varias cuestiones afectan al cuidado en un servicio de salud: ¿qué estructuras o características de la disciplina deben encontrarse en la práctica actual, en enfermería y en su disposición espacial? ¿Qué significará pensar de un modo diferente al de las personas de una época? ¿Se encuentra aquí una enfermería crítica? y, si es así, ¿cuáles son las implicaciones para el servicio de salud y la investigación de hoy día?

Paul Ricoeur: el constructor de puentes

Paul Ricoeur (1913-2005) fue un filósofo francés. Su posición se denomina a menudo *hermenéutica crítica* o *fenomenología hermenéutica.* Intentó construir un puente entre la ciencia natural y la ciencia humana, entre la fenomenología y el estructuralismo y otras posiciones divididas. Se centró en temas como el tiempo y la narrativa, el lenguaje y la historia, el discernimiento y la ciencia. Ricoeur se interesa por la comunicación humana, en lo que entiende una de la otra. Señala hacia el lenguaje cotidiano y sus múltiples significados, en comparación con el lenguaje científico. Martinsen se refiere a los paralelismos en la filosofía del lenguaje de Løgstrug y Ricoeur. Martinsen afirma:

«La cultura de la medicina está dominada por un lenguaje conceptual abstracto en el que las palabras se hallan incluidas en diferentes clasificaciones, y en el que no siempre se examinan de acuerdo con la práctica real y la situación concreta… Por otro lado, en el lenguaje común de la tradición de cuidar, las palabras se siguen por la manera como son expandidas en los diferentes contextos de significado en una situación de cuidar concreta, en compañía con el paciente y la comunidad profesional. Habladas en el lenguaje común, las palabras se diferencian por su poder de expresión, por su especial entonación.»

(Martinsen, 1996, pág. 103)

Principales conceptos y definiciones

Martinsen es reacia a dar definiciones de los términos que emplea, porque las definiciones tienden a ser conceptos cerrados. Más bien mantiene que debe presentarse el contenido de los conceptos. Es importante delimitar el contenido de un término y explicar lo que significa, pero evitar encerrarlos en definiciones.

Cuidar

El **cuidar** «constituye no solo el valor básico de la enfermería, sino que también es un prerrequisito básico para nuestras vidas. El cuidar es el desarrollo positivo de la persona a través del Bien» (Martinsen, 1990, pág. 60). El cuidar es una trinidad: relacional, práctica y moral simultáneamente (Alvsvåg, 2003; Martinsen, 2003b, 2012b). El cuidado se dirige hacia la situación en que está la otra persona. En los contextos profesionales, el cuidado requiere formación y aprendizaje. «Sin un conocimiento profesional, la preocupación por el paciente se convierte en mero sentimentalismo» (Martinsen, 1990, pág. 63). Tiene claro que custodia, negligencia y sentimentalismo no son expresiones del cuidado.

Juicio profesional y discernimiento

Estas cualidades están relacionadas con lo concreto. Los profesionales de enfermería aprenden observación clínica a través del ejercicio del juicio profesional en contextos de vida prácticos. «El aprendizaje no consiste tan solo en ver, escuchar y tocar clínicamente, sino en ver, escuchar y tocar clínicamente bien» (Martinsen, 1993b, pág. 147). El paciente causa una impresión en el profesional de enfermería, que se mueve físicamente y la impresión es sensual. «Dado que la percepción tiene un carácter análogo, evoca variación y contexto en la situación» (Martinsen, 1993b, pág. 146). Una cosa recuerda la otra, y esta reminiscencia crea una conexión entre las impresiones en la situación, el conocimiento profesional y la experiencia previa. La discreción expresa el conocimiento profesional a través de los sentidos naturales y el lenguaje cotidiano (Martinsen, 2005, 2006).

La práctica moral se fundamenta en el cuidar

«La **práctica moral** ocurre cuando la empatía y el trabajo reflexivo van parejos, de modo que el cuidado pueda manifestarse en la enfermería» (Martinsen, 1990, pág. 60). La moral está presente en situaciones concretas que deben ser explicadas. Las acciones del individuo han de explicarse; se aprenden y justifican a través de la objetividad de la empatía, formada por la empatía y la reflexión. En términos concretos, esto significa descubrir cómo se ayudará mejor al otro, y las condiciones básicas para ello son el reconocimiento y la empatía. La sinceridad y el juicio forman parte de la práctica moral (Martinsen, 1990).

Profesionalismo orientado a la persona

El **profesionalismo orientado a la persona** consiste en «exigir un conocimiento profesional que proporcione la visión del paciente como una persona que sufre y, además, que proteja su integridad. Enfrenta la competencia profesional y la humanidad en una reciprocidad benevolente, reunida en una experiencia básica común de protección y cuidado de la vida… Exige un compromiso en lo que hacemos, de modo que uno quiere dedicar parte de uno mismo al otro y, asimismo, está obligado a hacer lo mejor posible por la persona a la que debe ayudar, vigilar o cuidar. Se trata de conocer la posición de uno mismo en un contexto de vida que exige algo de nosotros y en situar al otro en el centro, así como orientar hacia el cuidado» (Martinsen, 2000b, págs. 12, 14).

Manifestaciones soberanas de la vida

Las **manifestaciones soberanas de la vida** son fenómenos que acompañan a la creación misma. Existen como fenómenos culturales en todas las sociedades; se presentan en forma de potenciales. Se hallan más allá del control e influencia humanos, por lo que son soberanas. Las manifestaciones soberanas de la vida son la sinceridad, la confianza, la esperanza y el amor. Son fenómenos que los humanos reciben del mismo modo que reciben el tiempo, el espacio, el aire, el agua y la comida (Alvsvåg, 2003). A menos que los reciban, la vida se desintegra. La vida es una autopreservación a través de la recepción (Martinsen, 2000b, 2012b). Las manifestaciones soberanas de la vida son prerrequisitos

para cuidar, al mismo tiempo que las acciones del cuidado son requisitos necesarios para realizar las manifestaciones soberanas de la vida en la vida concreta. Un individuo puede actuar de un modo tal que, a través de interacciones, se produzcan la sinceridad, la confianza, la esperanza, la compasión y el amor, o bien por el contrario puede negarles la entrada. Sin su presencia en las acciones de un individuo, no puede entenderse el cuidado. Al mismo tiempo, las acciones del cuidado preparan la realización de las manifestaciones soberanas de la vida en las vidas personales y profesionales. El acto de cuidar puede llevar al paciente a experimentar el significado del amor y de la compasión; el cuidado puede encender la esperanza o dar sostenimiento; asimismo, el cuidado puede ser lo que hace fundamental la confianza y la sinceridad en las relaciones con la enfermera. Del mismo modo, la falta de cuidado bloquea en el otro la experiencia de la compasión; así, en ocasiones causa desconfianza y una actitud de freno en relación con los servicios de salud.

Zona intocable

La **zona intocable** es un área en la que, durante los encuentros, no se debe interferir en otras personas y en la naturaleza. Se refiere a los límites que los individuos deben respetar. La zona intocable crea una cierta distancia protectora en la relación; asegura la imparcialidad y exige argumentación, teoría y profesionalismo. En el cuidado, la zona intocable está unida con su opuesto, la sinceridad, donde lo adecuado son la familiaridad, la vulnerabilidad y el motivo. En el cuidado, la sinceridad y la zona intocable constituyen una contradicción en sí mismas (Martinsen, 1990, 2006).

Vocación

La **vocación** «es una demanda que la vida me hace de un modo completamente humano para encontrar y ayudar a un semejante. La vocación se da como una ley de vida y atañe al amor amistoso, que es fundamentalmente humano» (Martinsen, 2000b, pág. 87). Es una demanda ética para cuidar de nuestro semejante. Por esta razón, la enfermería requiere un conocimiento profesional, junto con un perfeccionamiento personal (Malchau, 2000).

El ojo del corazón

El concepto del **ojo del corazón** tiene su origen en la parábola del buen samaritano. El corazón dice algo acerca de la existencia de la persona como un todo, acerca de verse afectado o conmocionado por el sufrimiento del otro y la situación en que el otro se encuentra. En lo sensual y en la percepción, nos movemos antes de entender, pero también nos enfrentamos a la idea tardía del entendimiento. Ver y ser visto con el ojo del corazón es una forma de atención participativa y basada en una relación recíproca que unifica la percepción y el entendimiento, en que el entender del ojo es conducido por los sentidos (Martinsen, 2000b, 2006).

El ojo que registra

El **ojo que registra** es el que objetiva y da la perspectiva al observador. Tiene relación con encontrar conexiones, sistematizar, ordenar, clasificar y colocar en un sistema. El ojo que registra representa una alianza entre la ciencia natural moderna, la tecnología y la industrialización. Si uno se expone, como paciente o como profesional, se utiliza esta perspectiva de modo unilateral, la compasión es vivida como fuera de la situación y se reduce la voluntad de vivir (Martinsen, 2000b).

Uso de datos empíricos

En la filosofía de Martinsen, el cuidar, el lenguaje y la reflexión implicados en el juicio profesional y la narrativa son la manera de explicar convincentemente las condiciones del caso, las situaciones y el fenómeno (Martinsen, 1997a, 2002c, 2003c, 2004, 2005). Martinsen afirma que las percepciones obvias han de explicarse de modo convincente. Con referencia a Husserl, señala diferentes formas de evidencia: la indudable (apodíctica), la exhaustiva y la parcial. Cada tipo representa diferentes requisitos de evidencia. Los hechos, los temas y las situaciones proporcionan formas distintas de evidencia. Por ejemplo, se puede aceptar la evidencia matemática, que es indudable, y transferirla a los objetos físicos y a las personas. En el campo del cuidado, son el discernimiento y la narrativa los que pueden clarificar los hechos empíricos de un caso y convertirlos en evidentes, esclarecedores o convincentes (Martinsen 2003c, 2004,

2005, 2009, 2012). Actuar con discreción consiste en interpretar las impresiones que se sacan del paciente. El conocimiento profesional y la experiencia que uno posee proporcionan un horizonte de entendimiento que es flexible respecto a los encuentros con la situación del paciente (Martinsen, 1990, 2002c). La descripción puede tanto describir como prescribir la acción a realizar (Kjær, 2000; Martinsen, 1997a, 2012). «Una buena narrativa hace existir la moralidad existencial y hace inevitable la acción práctica» (Martinsen, 1993b, pág. 161).

Principales premisas

Enfermería

Aunque cuidar es más que la enfermería, el cuidado es fundamental para las enfermeras y para otras tareas propias de la naturaleza del cuidar. El hecho de cuidar implica tener en cuenta, cuidar y preocuparse por un semejante. Cuando se habla sobre cuidar hay tener en cuenta simultáneamente tres cosas, que se pueden denominar «la trinidad del cuidar»: el cuidar debe ser **relacional, práctico** y **moral** (Alvsvåg, 2011).

- *Relacional* significa que el cuidado necesita la presencia de, por lo menos, dos personas. Martinsen lo describe del siguiente modo:

> *«Una persona siente preocupación por la otra. Cuando una sufre, la otra se "aflige" (en el sentido de sufrir junto con alguien) y esto sirve para aliviar el dolor… El cuidar es el aspecto más natural y fundamental de la existencia humana. En el cuidar, el elemento más esencial es la relación entre las personas… La esencia de la persona es que una es creada para el bien de las otras, por su propio bien… Aquí, lo importante es que la existencia presupone siempre a otras personas. Y, asimismo, aquello que nunca puedo entender o conocer por mí mismo en solitario o independientemente de otras personas.»*

- El cuidar es *práctico.* Está relacionado con una acción concreta y práctica. El cuidar se enseña y se aprende a través de su práctica.
- El cuidar es, asimismo, *moral:* «Para que el cuidado sea auténtico, ha de existir la relación con la otra persona a partir de una actitud (disposición, *"befindlichkeit"*) que la reconozca teniendo en cuenta su particular situación… [No debemos] estimar ni por exceso ni por defecto la capacidad de la otra persona para ayudarse a sí misma» (Martinsen, 1989c, pág. 71).

El cuidado requiere una correcta comprensión de la situación, que presupone una adecuada evaluación de los objetivos inherentes a la misma: «La ejecución de la enfermería se dirige esencialmente a personas que no son capaces de autoayudarse y que están enfermas y necesitadas de ayuda. El encuentro de la persona enferma con el cuidado a través de la enfermería implica un conjunto de prerrequisitos, como el conocimiento, las habilidades y la organización» (Martinsen, 1989c, pág. 75). Los profesionales de enfermería necesitan formación en todos los tipos de cuidados. Para adquirir un juicio profesional, deben practicar y meditar solos y junto con otras personas. En enfermería, el cuidado y el juicio profesional son actividades integradas (Martinsen, 1990, 1997a, 2003c, 2004, 2005, 2006, 2012b).

Persona

Lo que transforma al individuo en persona deriva de la significación y la tradición. La persona no puede ser apartada del medio social y de la comunidad de personas en que vive (Martinsen, 1975). En cierto sentido, existe un paralelismo entre la persona y el cuerpo. Es como cuerpos que se relacionan consigo mismos, con otros y con el mundo (Alvsvåg, 2000; Martinsen, 1997a). El cuerpo es una unidad de alma y carne, de espíritu y carne. La persona es corpórea, y como cuerpos percibimos y también entendemos.

Salud

La salud se analiza desde una perspectiva sociohistórica. Dos ideas históricas de salud contrarias, la de la Grecia clásica y la moderna de intervención y expansión, conforman el contexto en que Martinsen escribe lo siguiente: «La salud no solo refleja el estado del organismo, sino que también es una expresión del nivel actual de la competencia médica. Para decirlo con intención, las tendencias del moderno concepto de salud son tales que si alguien presenta un "defecto" innecesario o un órgano que "podría" ser mejor, tan solo por ello ya no está completamente sano» (Martinsen, 1989c, pág. 146). El moderno ideal reduccionista de salud en el que se fundamenta la medicina moderna es analítico y, al mismo tiempo, individualista; está orientado hacia todo lo que no es «suficientemente bueno». Junto con los recursos y la autonomía de la medicina, ha proporcionado éxitos en términos de tratamiento. A Martinsen le preocupa que esta ideología no soporte un examen crítico. Los efectos a veces nocivos de la medicina y los servicios insuficientes destinados a las personas con dolencias y enfermedades crónicas llevan a Martinsen a decantarse hacia el ideal de salud clásico y conservador. Lo importante es curar algunas veces, ayudar a menudo y consolar siempre. Ello requiere que la sociedad ofrezca a las personas la oportunidad de vivir la vida de la mejor manera posible y con una conciencia individual; ambos requisitos tienen implicaciones ambientales. No se debe cambiar el ambiente a una velocidad y en una medida tales que el cambio supere la base de conocimientos; hay que actuar con limitación y precaución (Martinsen, 1989c, 2003b).

Entorno: espacio y situación

La persona se encuentra siempre en una situación particular en un espacio concreto. En el espacio existen el tiempo, el ambiente y la energía (Martinsen, 2001, 2002b, 2002c). Martinsen se pregunta qué hacen el tiempo, la arquitectura y el conocimiento respecto al ambiente de un espacio. La arquitectura, interacciones entre individuos, el uso de objetos, las palabras, el conocimiento, el saber estar en el espacio, son todos ellos factores que determinan el tono y dan color a la situación y al espacio. La persona entra en el espacio

universal, el espacio natural, pero a través de sus espacios crea un espacio cultural. Lo mismo que construimos casas con habitaciones, las actividades de los servicios de salud se producen también en habitaciones diferentes. «Aunque la habitación de enfermos es importante como un lugar físico, material y construido, también es un lugar que compartimos con otras personas… La habitación, con su interior y sus objetos, hace visible la interpretación que el paciente y la enfermera tienen de él» (Martinsen, 2001, págs. 175-176). El reto de los profesionales de enfermería es ofrecer dignidad a los pacientes y a estos espacios. Lo que se precisa es un conocimiento deliberado y acumulado en unos espacios moderadamente recogidos, «un espacio en el que sea posible percibir –oler, escuchar, ver y asistir–» (Martinsen, 2001, pág. 176).

Fundamentos teóricos

Las personas han sido creadas con dependencia mutua y con relaciones. El cuidado es fundamental para la vida humana. Los seres humanos viven no solo con una mera relación de compañerismo, sino que también se relacionan con los animales y con la naturaleza, así como con una fuerza creativa que sostiene el todo. La persona depende fundamentalmente de la comunidad y de la creación. Ser creado se relaciona con las expresiones soberanas de la vida. «Estas primero *nos son dadas* y después son *soberanas.* Esto significa que es imposible que una persona pueda evitar su poder… Estos son fenómenos que se hallan presentes en la vida de servicio. Crean vida, dan a conocer posibilidades de vida» (Martinsen, 1996, pág. 80).

El cuerpo ha sido creado como un todo, es como decir que necesita un espíritu (o un cuerpo y espíritu) que entren en una correcta interacción en la que no pueda evitarse la percepción. Martinsen escribe:

«La percepción inicia la interacción y la mantiene. El cuidado del cuerpo se convierte en un elemento central. En este sentido, la enfermería es un trabajo vocacional y laico que, a través de un cuidado profesional del cuerpo, protege y ofrece espacio para las

posibilidades de vida del paciente. La vocación se ve así como una demanda que la vida nos hace para ayudar a nuestros semejantes (en este caso, al paciente) mediante nuestro trabajo. Se trata de trabajo en el servicio de los procesos vitales. En enfermería, la vocación, el cuerpo y el trabajo se consideran un contrapeso a la nueva espiritualidad (sin cuerpo).»

(*Martinsen, 1996*, pág. 72)

El amor a nuestro prójimo se aúna con un discernimiento concreto, práctico, profesional y moral. El conocimiento sensual y basado en la experiencia es fundamental y esencial para la práctica de la enfermería. El cuidado se aprende a través de la experiencia práctica, en situaciones concretas y bajo la supervisión de enfermeras expertas y con experiencia (Martinsen, 1993b, 2003b).

La metafísica no es una especulación sobre algo de lo que no se puede conocer nada, sino una interpretación de fenómenos que todos los seres humanos reconocen y experimentan. Estos fenómenos son precientíficos y fundacionales.

Planteamiento lógico

El planteamiento lógico de Martinsen puede describirse como inductivo y análogo. El aspecto inductivo de su pensamiento se basa en la idea de que el punto de partida de sus trabajos teóricos son las experiencias de la vida y en el servicio de salud. Se inclina hacia la filosofía y la historia con la esperanza de profundizar y entender más el trabajo concreto de la enfermería y de la vida vivida. En su reunión con la filosofía de la vida y la fenomenología de la creación, encuentra la ontología y la metafísica de un modo distinto al de la filosofía tradicional. Las expresiones de la vida, la creación, el tiempo y el espacio son hechos ontológicos y metafísicos. Por analogía, se diría que los seres humanos pueden pensar estos hechos y reconocerlos en sus experiencias concretas de la vida práctica. Se manifiestan como reuniones entre personas, en relatos y en el ejercicio del discernimiento. «En este sentido, la metafísica atisba en lo empírico», escribe Martinsen con referencia a Løgstrup (Martinsen, 1996). Además, afirma: «El relato toma su tiempo, es lento. Proporciona un contexto a través de formas

análogas de reconocimiento, es decir, es relevante para nosotros cuando nos podemos reconocer nosotros mismos en los fenómenos de vida con que se relaciona» (Martinsen, 2002b, pág. 267).

Kirkevold escribe lo siguiente:

«Martinsen no pretende presentar una teoría lógicamente construida. Por el contrario, se aleja de la noción del conocimiento que insiste en que la teoría tenga una estructura lógica formada por términos, principios y reglas. La teoría de Martinsen es un análisis interpretativo del cuidado, sobre el que la autora intenta verter luz desde varias perspectivas. Debe decirse que el tratamiento de este fenómeno es tanto extenso como exhaustivo.»

(Kirkevold, 1998, pág. 180)

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

Martinsen es reacia a dar orientaciones concretas respecto a la práctica de la enfermería. Sin embargo, recomienda a las enfermeras que «piensen» y valoren lo que ella dice y escribe en relación con sus propias vidas, práctica y experiencia; y que, en este plano, imaginen su propio paso a otras alternativas de acción. Es así como Kirkevold lo presenta:

«La teoría del cuidado de Martinsen es relevante en la práctica como una filosofía general de la enfermería. Articula y comprende de modo claro una formulación precisa de cómo deberían entenderse y abordarse los pacientes y la enfermería. Su fuerza radica en la habilidad para favorecer la reflexión sobre la práctica de la enfermería en diferentes contextos, en que ofrece un cuadro claro de lo que la autora cree que debe existir para que la enfermería pueda considerarse cuidado o práctica moral.»

(Kirkevold, 1998, pág. 181)

Mantiene que muchos de estos textos contienen:

«Un carácter normativo, y pretenden activar en la enfermería una contracultura que no solo revolucione su disciplina y su práctica, sino que también se erija como fuerza de resistencia contra la tendencia de la sociedad a oponerse al concepto de cuidado… En los últimos años ha aumentado el estilo personal, inspirador y poético. Comunica a la filosofía del cuidado de Martinsen un estilo fascinante, por lo que ha tenido un gran impacto sobre las enfermeras y las estudiantes.»

(Kirkevold, 1998, pág. 204)

Asimismo, Martinsen se dirige a las enfermeras en ejercicio a través de su publicación *Sykepleien*. Kirkevold escribe: «Al elegir la publicación *Nursing* como principal vehículo para comunicar su trabajo académico, ha subrayado que sus raíces se encuentran más en la práctica enfermera que en la ciencia» (Kirkevold, 1998, pág. 203).

Formación

La mayoría de las Facultades de Enfermería de Noruega y de Dinamarca hacen un buen uso de los textos de Martinsen, y sus trabajos forman parte del plan de estudios en diversos niveles educativos. Sus libros se reeditan de forma regular y han tenido un impacto considerable. Su pensamiento se encuentra en diversos textos recomendados para formación en enfermería (Alvsvåg, 2011; Kirkevold, 1998; Kristoffersen, 2002; Mekki y Tollefsen, 2000; Nielsen, 2011). Además, para la formación de enfermería se han escrito también otros libros cuyo objetivo es conseguir que el pensamiento de Martinsen sea relevante para la enfermería en general, y también para aspectos profesionales específicos. Por ejemplo, varios profesores noruegos y daneses publicaron en el año 2000 una recopilación de artículos que ofrecen una introducción al pensamiento de Martinsen y que están destinados, principalmente, a estudiantes (Alvsvåg y Gjengedal, 2000). El libro *The Philosophy of Caring in Practice: Thinking with Kari Martinsen in Nursing* se publicó

en 2002 y se reeditó en 2010 (Austgard, 2010).

En 2003, una enfermera danesa escribió un libro de texto sobre cuidados espirituales. En el texto es fundamental el pensamiento de Martinsen, junto con el de Katie Eriksson y Joyce Travelbee (Overgaard, 2003). En la *Danish Encyclopedia of Nursing*, publicada en 2008, se dedica un artículo separado a Kari Martinsen, y otros artículos hacen referencia a sus ideas sobre el cuidado y el juicio (Jørgensen y Lyngaa, 2008).

Investigación

Del mismo modo que en la enfermería práctica puede «pensarse» y valorarse con los escritos de Martinsen, estos también pueden aplicarse a la investigación. Innumerables charlas basadas en aspectos prácticos, concretos o más teóricos analizan la relación entre la experiencia empírica y la filosofía a la luz de la terminología de Martinsen. En una tesis doctoral de 2006, el pedagogo noruego Pål Henning Walstad analiza la influencia de Grundtvig-Løgstrupian en Kari Martinsen, llamándola *Care for Life*, y la explica en relación con el trabajo práctico y la formación profesional (Walstad, 2006). Además, la tesis doctoral de la profesora de Enfermería Betty-Ann Solvoll de 2007 incluyó un estudio de campo de la formación enfermera y explicó los datos en relación con las reflexiones sobre el cuidado de Martinsen. Dos tesis doctorales danesas (Dahlgard, 2007; Mark, 2008) reflejan la teoría de Martinsen aplicada al abordaje material empírico de los cuidados a enfermos terminales y a pacientes con anorexia y diabetes, respectivamente. Se han realizado aplicaciones similares con referencia a la higiene de pacientes (Jeanne Boge, 2008), encuentros dignos en la fase final de la vida (Bøe, 2008) y a la importancia del espacio y la arquitectura para pacientes psiquiátricos (Larsen, 2009). Else Foss es una maestra de preescolar que analiza en su tesis doctoral el llanto de los niños en los jardines de infancia (Foss, 2009). Estos ejemplos de aplicaciones del pensamiento de Martinsen en la investigación desbordan el ámbito de la enfermería tradicional.

Evolución

El cuidado puede entenderse a varios niveles: ontológico, concreto y práctico, o bien en el sistema u organización. Los profesionales de enfermería actúan de un modo profesional y moral, de modo que el cuidado y las expresiones de vida reciban el espacio que necesitan para surgir en los encuentros enfermera-paciente. Los profesionales de enfermería se ven continuamente obligados una y otra vez a reflejar de modo crítico si esto ocurre o no. Ello implicaría la manifestación de un profesionalismo orientado a la persona, la manifestación repetida de actos de amor en la profesión (Martinsen, 1993b, 2000b).

Además, en la investigación de enfermería es importante desarrollar un modo de pensamiento sobre el cuidado. Así, en enfermería, la ciencia se enfrentaría a ciertos límites. El reto consiste en desarrollar un tipo de investigación que no empobrezca la práctica, sino que enriquezca el conocimiento y la sabiduría desarrollados con la práctica; es decir, desarrollar o crear una investigación orientada a la práctica, una cooperación entre el investigador y el profesional (Martinsen, 1989c, 1993b). Kirkevold escribe lo siguiente:

«La teoría de Martinsen es especialmente importante puesto que es una de las pocas teóricas de enfermería noruegas y porque es una de las primeras teorías de enfermería de los países escandinavos que expresa un nuevo conocimiento de la realidad, así como la necesidad de nuevas teorías de enfermería basadas en el mismo.»

(Kirkevold, 1998, pág. 182)

En los aspectos social y de organización, el concepto de cuidado es asimismo muy relevante. Es importante desarrollar sistemas y organizaciones sociales, como los servicios de salud, de forma que se posibilite un profesionalismo orientado a la persona. Martinsen escribe acerca de un samaritano tanto compasivo como político (Martinsen, 1993b, 2000b, 2003b). Lo que es importante, tanto a nivel social como a nivel de organización, es cómo los samaritanos políticos facilitan el trabajo de los samaritanos compasivos.

Crítica

Claridad

La teoría de Martinsen afirma claramente que la vida se ha creado y nos ha sido dada. Los seres humanos han sido creados por dependencia mutua y de la naturaleza. El cuidado mutuo y de la naturaleza es fundamental. El reto para las enfermeras es reunir a los pacientes y a sus familias con la profesionalidad centrada en la persona, y este (el encuentro con el paciente) es la base de la profesionalidad centrada en la persona.

Sencillez

A primera vista, la teoría de Martinsen parece compleja. Sin embargo, esto se puede deber a que pone en cuestión muchas de las asunciones familiares que tiene en la cabeza –por ejemplo, que los seres humanos somos libres, independientes y sin límites en nuestra capacidad para la actividad y la interferencia en la creación–. Las sociedades occidentales viven en una cultura de individualismo. Su visión de la humanidad puede describirse como *colectivista.* Utiliza un modo de hablar más poético y filosófico que científico, lo que también podría parecer extraño en una sociedad científica. Martinsen escribe sobre los fenómenos generales que nos afectan y que podemos reconocer fácilmente en nuestras vidas personales, sea en el ámbito laboral o en la vida cotidiana. Vista de este modo, la teoría del cuidado no es difícil de entender. Martinsen pide que leamos lentamente sus escritos y que imaginemos nuestras propias experiencias teniéndolos en cuenta (Martinsen, 2000b).

Generalidad

Dado que la teoría de enfermería de Martinsen trata sobre los fenómenos esenciales de la vida y de la enfermería, los fenómenos presentes en todas las situaciones humanas, puede considerarse como relevante para los pacientes en general (Martinsen, 2006). Su teoría sobre el cuidado «parece importante para todos los pacientes que, a causa de la enfermedad o de otras razones, necesitan ayuda y cuidado» (Kirkevold, 1998, pág. 181).

Accesibilidad

Los mundos de experiencia del paciente y de la enfermera son diversos, variados y polifacéticos. Se requiere un lenguaje diverso y variado para tratar con una realidad polifacética, un lenguaje que vaya a la par con lo que va a describirse. Este lenguaje es cercano a la filosofía y también al lenguaje cotidiano; es un lenguaje poético. El lenguaje poético es quizás el más preciso en la descripción de los diversos fenómenos y situaciones abiertos a la interpretación. La reflexión sobre el juicio profesional y los relatos crea los contextos de una comunidad y de una tradición de enfermería; los profesionales de enfermería reconocen las situaciones y, por tanto, poseen una perspectiva moral y profesional. Esto les permite realizar una buena enfermería, dependiente de las situaciones –una práctica moral profesional–.

Importancia

La teoría de Martinsen del cuidado es una crítica del sistema imperante y, al mismo tiempo, una inspiración a las personas en unas situaciones asistenciales concretas (Gjengedal, 2000). Gjengedal (2000) escribe que la motivación para el trabajo teórico de Martinsen «tiene precisamente un punto de partida práctico, un deseo de entender y proteger frente a la devaluación del aspecto asistencial de la enfermería» (pág. 38). La devaluación de la asistencia podría producir, si se acepta sin crítica, «una perspectiva científica ciega a la vida vivida y a todo lo que da significado al ser» (Gjengedal, 2000, pág. 54).

Las enfermeras, como todos los individuos, tienen el reto de vivir de una forma que las permita expresar su significado positivo en sus relaciones humanas, como las que se producen entre los pacientes y los familiares. Las enfermeras como profesionales están llamadas a decidir cómo expresar esta realidad de forma concreta en el contexto de la enfermería y la filosofía en la que Martinsen basa su pensamiento aporta ideas en las que basar la reflexión individual ante situaciones específicas. Las situaciones específicas se presentan ellas mismas con posibilidades y con limitaciones. Las estructuras creadas socialmente, como la falta de recursos económicos y personales, y la falta de camas hospitalarias)

presentan serias limitaciones diarias. Las oportunidades para el cuidado son más accesibles en una comunidad asistencial y son desarrolladas por personas políticamente conscientes:

«Una comunidad asistencial no es dictatorial, ni tampoco el brazo extendido pasivo de la sociedad. La comunidad asistencial existe solo en la medida en que luchamos por su existencia. Debemos formarlo nosotros mismos: a través de la solidaridad, a través de acciones moralmente responsables y mediante una lucha por una mayor igualdad e integración social y en la comunidad. El cuidado es un concepto activo y radical.»

(Martinsen, 1989c, pág. 62)

Es importante crear condiciones para un sistema de salud bueno e igualitario, así como estándares de vida universal, pero en la lucha contra recursos presupuestarios limitados, se debe tomar como punto de partida a los más débiles, a los que necesitan más ayuda; se deben invertir las reglas de la asistencia de modo que reciban más quienes menos tienen.

Resumen

Martinsen tiene un interés tanto personal como sociopolítico en los enfermos, y también en los que por otros motivos se encuentran fuera de la sociedad. Su postura teórica puede denominarse crítica y fenomenológica. Ella parte de la idea inicial de que los seres humanos han sido creados y son seres frente a los que tenemos una responsabilidad administrativa. Somos seres relacionales; dependemos unos de los otros y de la Creación. Por tanto, el cuidado, la solidaridad y la moral son unas realidades inevitables.

Sobre el sujeto del cuidado, Martinsen desafía a la sociedad, la política asistencial y a los mismos profesionales de la salud para que entiendan los valores inherentes al cuidado mediante una enfermería y una política concretas. Martinsen da deliberadamente pocas directrices de actuación. En cambio, pide a los profesionales de enfermería que mediten acerca de las situaciones de los pacientes y familiares y que, mediante un buen entendimiento de la situación, perspectiva profesional y cuidados adecuados, lleguen a

la mejor de las soluciones prácticas.

En los países escandinavos, el pensamiento de Martinsen ha provocado, involucrado y originado debate y avances profesionales durante los últimos 30 años. Su pensamiento incita a los profesionales de enfermería a pensar y a actuar de modo correcto, crítico y diferente respecto a la enfermería, la educación y la investigación. Gracias a su perspectiva, sus conceptos y nociones basados en la investigación y la docencia en historia y filosofía, el «pensamiento del cuidado» de Martinsen contribuye a iluminar la enfermería y la investigación sobre la enfermería.

Caso clínico

Como enfermeras, conocemos a pacientes y familiares en muchas y diferentes situaciones de la vida. Los pacientes pueden ser de todos los grupos de edad, ser enfermos agudos o crónicos, pueden recuperar la salud o enfrentarse al final de su vida y a la muerte como una realidad. Las enfermeras visitamos a los pacientes y familiares en sus casas, hospitales, residencias, servicios de salud escolares, clínicas locales, etc. Algunos de estos encuentros con pacientes y familiares nos impresionan más que otros, y todos ellos representan situaciones de aprendizaje.

Sobre este trasfondo, describa un breve caso clínico desde su experiencia clínica personal usando las actividades de pensamiento crítico que se recogen en esta obra y exponga cómo se expresaron los cuidados en esa situación en particular.

Actividades de pensamiento crítico

1. Centre su pensamiento en una situación de enfermería concreta con la que tenga una experiencia personal como participante activo o como observador.
2. Considere los aspectos humanos de los cuidados de la situación del punto primero.
3. Desde el punto de partida de la situación del primer punto, analice qué significa el *profesionalismo orientado a la persona* y la *moral*.

Referencias para ampliar conocimientos

- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2009). *Å se og* å innse—Om ulike former for evidens [*To see and to realize—On various forms of evidence*]. Oslo: Akribe.

Bibliografía*

Alvsvåg, H. (2000). Menneskesynet—Fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget. [The view of the person—from the phenomenology of the body to creation phenomenology. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Alvsvåg, H. (2011). Omsorg—Med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I B. K. Nielsen (red.), *Sygeplejebogen 3. Teori og metode*. 3. opplag. København: Gads Forlag. [Caring—From the starting point of Kari Martinsen's philosophy. In B. K. Nielsen (Ed.), *Nursing textbook 3. Theoretical-methodological basis of clinical nursing.* Copenhagen: Gads Forlag.]

Alvsvåg, H., & Gjengedal, E. (red.). (2000). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget. [*Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Austgard K. *Omsorgsfilosofi i praksis. A tenke med Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2010: [*Philosophy of caring in practice. Thinking with Kari Martinsen in nursing.* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.].

Bøe, K. G. (2008). *Verdige møter mellom helsepersonale og pasienter i livets sluttfase*. Avhandling for dr. art.-graden. Universitetet i Oslo. [*Dignified encounters between health workers and patients in the final phase of life*. Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD). University of Oslo.]

Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia*. Avhandling for philosophiae doctor (PhD). Universitetet i Bergen. [*Bathing the patient*. Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD). University of Bergen.]

Dalgaard, K. M. (2007). *At leve med uhelbredelig sygdom*. Det samfundsvidenskabelige Fakultet, (PhD). Aalborg Universitet. [*Living with incurable disease*. PhD. School of Social Sciences University of

Aalborg.]

Foss, E. (2009). *Den omsorgsfulle væremåte*. Avhandling for philosophiae doctor (PhD). Universitetet i Bergen. [*The caring way of being*. Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD). University of Bergen.]

Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning: En* innføring i Kari Martinsens, forfatterskap., Bergen, Fagbokforlaget [Caring, nursing. In H., Alvsvåg, E., Gjengedal, (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Jørgensen BB, Lyngaa J, eds. *Sygeplejeleksikon*. København: Munksgaard; 2008: [*Encyclopedia of Nursing.* Copenhagen: Munksgaard.].

Karlsson, B., & Martinsen, K. (2003). Prolog. In K. Martinsen, *Omsorg, sykepleie og medisin.* 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. [Prologue. In K. Martinsen. *Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays* (2nd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.]

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier—Analyse og evaluering.* Oslo: ad Notam Gyldendal. 2. utgave. [*Nursing theories—Analysis and evaluation* (2nd ed.). Oslo: ad Notam Gyldendal.]

Kirkevold, M. (2000). Utviklingstrekk i Kari Martinsens forfatterskap. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap.* Bergen: Fagbokforlaget. [Developmental characteristics in the writings of Kari Martinsen. In H., Alvsvåg, E., Gjengedal, (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Kjær, T. (2000). Fænomenologi, etikk og fortælling: I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap.* Bergen: Fagbokforlaget. [Phenomenology, ethics and narrative. In H., Alvsvåg, E., Gjengedal, (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Kristoffersen NJ. *Generell sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget; 2002: [*Fundamental nursing.* Oslo: Universitetsforlaget.].

Larsen, I. B. (2009). *"Det sitter i veggene" Materialitet og mennesker i distriktspsykiatriske sentra*. Avhandling for philosophiae doctor (PhD). Universitetet i Bergen. [*"It's in the woodwork"—Materiality and people in Regional Psychiatric Centers.* Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD). University of Bergen.]

Lubcke, P. (red.). (1983). *Politikens filosofiske leksikon*. København: Politikens Forlag. [*Politiken's philosophical lexicon.* Copenhagen: Politikens Forlag.]

Malchau, S. (2000). Kaldet. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap.* Bergen: Fagbokforlaget. [The call. In H., Alvsvåg, E., Gjengedal, (Eds.), *Caring*

thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen. Bergen: Fagbokforlaget.]

Mark, E. (2008). *Restriktiv spising i narrativ belysning. En fænomenologisk undersøgelse af børns oplevelser af spisning ved diabetes eller overvægt*. PhD. Det humanistiske fakultet. Aalborg Universitet. [*Restrictive eating in a narrative perspective. A phenomenological study of children's experience of eating in relation to diabetes or obesity*. PhD. School of Humanities, Aalborg University.]

Martinsen, K. (1975). *Filosofi og sykepleie. Et marxistisk og fenomenologisk bidrag.* Filosofisk institutes stensilserie nr. 34. Bergen: Universitetet i Bergen. [*Philosophy and nursing: A Marxist and phenomenological contribution* (Philosophical Institute's Stencil Series No. 34). Bergen: University of Bergen.]

Martinsen K. Historie og sykepleie—Momenter til en utdanningsdebatt. *Kontrast*. 1976;7:430–446: [History and nursing—elements of an educational debate. *Contrast, 7,* 430–446.].

Martinsen K. Nightingale—Ingen opprører bak myten. *Sykepleien*. 1977;18(65):1022–1025: [Nightingale—no rebel behind the myth. *Nursing,* 18(65), 1022–1025.].

Martinsen K. Det 'kliniske blikk' i medisinen og i sykepleien. *Sykepleien*. 1978;20(66):1271–1272: [The "clinical gaze" in medicine and in nursing. *Nursing*, 20(66), 1271–1272.].

Martinsen, K. (1979a). Den engelske sanitation—Bevegelsen, hygiene og synet på sykdom. I Ø. Larsen (red.), *Synet på sykdom*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo. [The English sanitation movement, hygiene and the view of illness. In Ø., Larsen, (Ed.), *The view of illness.* Oslo: University of Oslo (Section for medical history).]

Martinsen, K. (1979b). Diakonissesykepleiens framvekst. Fra vekkelser og kvinneforeninger til moderhus og fattigomsorg. I NAVF's sekretariat for kvinneforskning (red.), *Lønnet* og *ulønnet omsorg. En* seminarrapport. Arbeidsnotat, nr. 5/79. Oslo: NAVF. [Development of the professional trained Christian nurses. From revival, woman's charitable groups to the mother house, care of the poor. In NAVF's Secretariat for Feminist Research, (Ed.), *Paid and unpaid care: A seminar report.* Working paper no. 5/79. Oslo: NAVE.]

Martinsen K. *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli; 1984: [History of nursing: Frank and engaged deaconesses: A caring profession emerges 1860-1905. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.].

Martinsen, K. (1989a). Helsepolitiske problemer og helsepolitisk tenkning bak sykehusloven av 1969. I K. Martinsen, *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays.* Oslo: Tano Forlag. [Health policy problems and

health policy thinking behind the hospital law of 1969. In K. Martinsen, *Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays.* Oslo: Tano Forlag.]

Martinsen, K. (1989b). Legers interesse for svangerskapet—En del av den perinatale omsorg. Tidsrommet ca. 1890-1940. I K. Martinsen, *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays.* Oslo: Tano Forlag.[The doctor's interest in pregnancy—Part of perinatal care: The period ca. 1890-1940. In K. Martinsen, *Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays.* Oslo: Tano Forlag.]

Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag; 1989: [Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays. Oslo: Tano Forlag.].

Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim (red.), *Grundlagsproblemer i sygeplejen. Etik, videnskabsteori, ledelse & samfunn*. Aarhus: Philosophia. [Practice and documentation in practical nursing. In T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim (Eds.), *Foundational problems in nursing: Ethics, theories of science, leadership and society.* Aarhus: Philosophia.]

Martinsen, K. (red.). (1993a). *Den omtenksomme sykepleier*. Oslo: Tano. [*The thoughtful nurse.* Oslo: Tano.]

Martinsen K. *Fra Marx til Løgstrup. Om moral, samfunnskritikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano Forlag; 1993: [*From Marx to Løgstrup: On morality, social criticism and sensuousness in nursing.* Oslo: Tano Forlag.].

Martinsen K. *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano-Aschehoug; 1996: [*Phenomenology and caring: Three dialogues.* Oslo: Tano-Aschehoug.].

Martinsen K. De etiske fortellinger. *Omsorg*. 1997;1(14):58–63: [The ethical narratives. *Caring, 1*(14), 58–63.].

Martinsen, K. (1997b). Etikk og kall, kultur og kropp—En dialog med Patricia Benner. I M. Sæther (red.), *Sykepleiekonferanse på Nordkalottens tak*. Tromsø: Universitetet i Tromsø. [Ethics and vocation, culture and the body—A dialogue with Patricia Benner. In M. Sæther (Ed.), *Nursing conference on the roof of Nordkalotten.* Tromsø: University of Tromsø.]

Martinsen, K. (2000a). Kjærlighetsgjerningen og kallet. Betraktninger omkring Rikke Nissens "Lærebog i Sygepleje for diakonisser". I R. Nissen, *Lærebog i Sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk. [The loving act and the call. Reflections on Rikke Nissen's textbook of nursing for deaconesses. In R. Nissen, *Textbook of nursing. With afterword by Kari Martinsen.* Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen K. *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget; 2000: [*The eye and the call.* Bergen: Fagbokforlaget.].

Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretaker av menneskets verdighet. I T. Wyller (red.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget. [The house and the song, the tears and the shame: Space and architecture as caretakers of human dignity. In T. Wyller (Ed.), *Shame. Perspectives on shame, honor and shamelessness in modernity.* Bergen: Fagbokforlaget.]

Martinsen K. Livsfilosofiske betraktninger. *Diakoninytt*. 2002;3(118):8–12: [Reflections on the philosophy of life. *Deaconry News*, *3*(118), 8–12.].

Martinsen, K. (2002b). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (red.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk. [The room's time, the ill person's time, nursing time. In I.T., Bjørk, S., Helseth, F., Nortvedt, (Eds.), *The meeting between patient and nurse.* Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen K. Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg*. 2002;1(19):14–22: [Conversation, communication and professionality in the caring professions. *Caring*, *1*(19), 14–22.].

Martinsen, K. (2003a). Disiplin og rommelighet. I K. Martinsen & T. Wyller (red.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger*. Oslo: Gyldendal Akademisk. [Discipline and spaciousness. In K. Martinsen & T. Wyller (Eds.), *Ethics, discipline and refinement: Elizabeth Hagemann's ethics book—new readings.* Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. 2. utgave Oslo: Universitetsforlaget; 2003: [*Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays* (2nd ed.). Oslo: University Press.].

Martinsen K. Talens åpenhet og evidens—Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje*. 2003;4(17):36–46: [The openness of speech and evidence—Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing*, *4*(17), 36–46.].

Martinsen K. Skjønn—Språk og distanse—Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje*. 2004;2(18):50–56: [Discernment—language and distance—dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing*, *2*(18), 50–56.].

Martinsen K. *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe; 2005: [*Dialog, discernment and the evidence.* Oslo: Akribe.].

Martinsen K. *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe; 2006.

Martinsen K. *Å se og å innse—Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe; 2009: [*To see and to realize—On various forms of evidence.* Oslo: Akribe.].

Martinsen K. *Løgstrup og sykepleien*. Århus: Klim Forlag; 2012: [*Løgstrup and nursing.* Aarhus: Klim.].

Martinsen K. *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe; 2012: [*Løgstrup and nursing.* Oslo: Akribe.].

Martinsen K, Wærness K. *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag A/S; 1979:

[*Caring without care?* Oslo: Pax Forlag.].

Martinsen K, Wyller T, eds. *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003: [*Ethics, discipline and refinement: Elizabeth Hagemann's ethics book—new readings.* Oslo: Gyldendal Akademisk.].

Mekki TE, Tollefsen S. *På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe; 2000: [*On the threshold: Introduction to nursing as discipline and profession.* Oslo: Akribe.].

Nielsen BK, ed. *Sygeplejebogen 3. Teori og metode*. 3. utg København: Gads Forlag; 2011: [*Nursing textbook 3. Theoretical-methodical basis of clinical nursing.* Copenhagen: Gads.].

Nissen R. *Lærebog i Sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2000: [*Textbook of nursing. With an afterword by Kari Martinsen.* Oslo: Gyldendal Akademisk.].

Olsen RH. *Klok av erfaring? Om sansing og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehoug; 1998: [*Wise with experience? On sensation and attention, knowledge and reflection in practical nursing.* Oslo: Tano Aschehoug.].

Overgaard AE. *Åndelig omsorg—En lærebog*. København: Nytt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2003: [*Spiritual care—Textbook.* Copenhagen: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.].

Solvoll, B. A. (2007). *Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt—en feltstudie i sykepleieutdanningen*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, nr. 540. [*Caring skills as pedagogical project—A field study in nursing education.* Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, Doctoral Dissertation No. 540.]

Thorsen R, Mæhre KS, Martinsen K, eds. *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget; 2012: [*Narratives on ethics*.].

Walstad, P. B. (2006). *Dannelse og Duelighed for livet. Dannelse og yrkesutdanning i den grundtvigske tradisjon*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Doctoral dissertations 2006:88. [*Education and capability for life. Education and professional training in the Grundtvigian tradition.* Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Doctoral Dissertation 2006:88.]

Lecturas recomendadas*

Fuentes principales

Libros

Kjær TA, Martinsen K, eds. *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget; 2015: [Beyond audits. Essays on space and spaciousness. Bergen: Fagbok forlaget.].

Martinsen K. (1975). *Filosofi og sykepleie. Et marxistisk og fenomenologisk bidrag.* Filosofisk institutts stensilserie nr. 34. Bergen: Universitetet i Bergen. [*Philosophy and nursing: A Marxist and phenomenological contribution.* Philosophical Institute's Stencil Series No. 34. Bergen: University of Bergen.]

Martinsen K. *Medisin og sykepleie, historie og samfunn*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 1979: [*Medicine and nursing, history and society.* Oslo: The Norwegian Nursing Association.].

Martinsen K. *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli; 1984: [History of nursing: Frank and engaged deaconesses. A caring profession emerges 1860-1905. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.].

Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag; 1989: [*Caring, nursing and medicine. Historical-philosophical essays.* Oslo: Tano Forlag.].

Martinsen, K. (red.). (1993). *Den omtenksomme sykepleier*. Oslo: Tano. [*The thoughtful nurse.* Oslo: Tano.]

Martinsen K. *Fra Marx til Løgstrup. Om moral, samfunnskritikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano Forlag; 1993: [*From Marx to Løgstrup. On morality, social criticism and sensuousness in nursing.* Oslo: Tano Forlag.].

Martinsen K. *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano-Aschehoug; 1996: [*Phenomenology and caring. Three dialogues.* Oslo: Tano-Aschehoug.].

Martinsen K. *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget; 2000: [*The eye and the call.* Bergen: Fagbokforlaget.].

Martinsen K. *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe; 2005: [*Dialog, discernment and evidence.* Oslo: Akribe.].

Martinsen K. *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe; 2006.

Martinsen K. *Å se og å innse—om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe; 2008: [*To see and to realize—On various forms of evidence.* Oslo: Akribe.](In process with Katie Ericsson).

Martinsen K. *Løgstrup og sykepleien. [Løgstrup and nursing].* Århus: KLIM Forlag; 2012.

Martinsen K. *Løgstrup og sykepleien [Løgstrup and nursing]*. Oslo: Akribe; 2012.

Martinsen K, Wærness K. *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag A/S; 1979: [*Caring without care?* Oslo: Pax Forlag.].

Martinsen, K., & Wyller, T. (red.). (2003). *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth*

Hagemanns etikkbok—Nye lesinger. Oslo: Gyldendal Akademisk. [*Ethics, discipline and refinement. Elizabeth Hagemann's ethics book—New readings.* Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Thorsen, R., Mæhre, K. S., & Martinsen, K. (red.). (2012). *Fortellinger om etikk.* Bergen: Fagbokforlaget. [*Narratives on ethics.* Bergen: Fagbok forlaget.]

Capítulos de libros

Martinsen, K. (1972). Samfunnets krise og sykepleiernes oppgave. I I. K. Haugen, T. Malmin, S. Midtgaard, & K. Nicolaysen (red.), *Pedialogen* (s. 3-14). Oslo: Norsk Sykepleierforbund. [The crises of society and the nursing objectives. In I. K. Haugen, T. Malmin, S. Midtgaard, & K. Nicolaysen (Eds.), *Pedialog* (pp. 3-14). Oslo: Norwegian Nursing Association.]

Martinsen, K. (1972). Sykepleie som sosial-moralsk praksis. I I. K. Haugen, T. Malmin, S. Midtgaard, & K. Nicolaysen (red.), *Pedialogen* (s. 15-36). Oslo: Norsk Sykepleierforbund. [Nursing as social and moral practice. In I. K. Haugen, T. Malmin, S. Midtgaard, & K. Nicolaysen (Eds.), *Pedialog* (pp. 15–36). Oslo: Norwegian Nursing Association.]

Martinsen, K. (1978). Fra ufaglært fattigsykepleie til profesjonelt yrke—Konsekvenser for omsorg. I B. Persson, K. Ravn, & R. Truelsen (red.), *Fokus på sygeplejen-79. Årbok* (s. 128-157). København: Munksgaard. [From unskilled nursing the poor to professional occupation—Consequences for nursing. In B. Persson, K. Ravn, & R. Truelsen (Eds.), *Focus on nursing* (Annual 79, pp. 128–157). Copenhagen: Munksgaard.]

Martinsen, K. (1979). Den engelske sanitation-bevegelsen, hygiene og synet på sykdom. I Ø. Larsen (red.), *Synet på sykdom* (s. 78-87). Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo. [The English sanitation movement: Hygiene and the view of illness. In Ø. Larsen (Ed.), *The view of illness* (pp. 78–87). Oslo: University of Oslo, Section for Medical History.]

Martinsen, K. (1979). Diakonissesykepleiens framvekst. Fra vekkelser og kvinneforeninger til moderhus og fattigomsorg. I NAVF's sekretariat for kvinneforskning (red.), *Lønnet og ulønnet omsorg. En* seminarrapport (Arbeidsnotat nr. 5, s. 135–170). Oslo: NAVF. [Development of the professional trained Christian nurses: From revival and woman's charitable groups to the mother house and care of the poor. In NAVF's Secretariat for Feminist Research (Ed.), *Paid and unpaid care: A seminar report* (Working paper no. 5, pp. 135–170). Oslo: NAVE.]

Martinsen, K. (1979). Diakonissene. I E. Mehlum (red.), *Bak maskinene, under fanene.* Utgitt i forbindelse med "Kristiania-utstillingen" om arbeidsfolk i byen for 100 år siden (s. 54–56). Oslo: Tiden. [Deconesses. In E. Mehlum

(Ed.), *Behind the machines and the banners* (pp. 54–56). Oslo: Tiden. Published in connection with "The Christiania (Oslo) exhibition" on the condition of workers 100 years ago.]

Martinsen, K. (1979). Sykepleien, historien og den omvendte omsorgen. I R. Wendt (red.), *Utveckling av omvårdnadsarbete* (s. 90–102). Lund: Studentlitteratur. [Nursing, history and the converse caring. In R. Wendt (Ed.), *Development of health care* (pp. 90–102). Lund: Studentlitteratur.]

Martinsen, K. (1979). Sykepleien i historisk perspektiv: Fra omsorg mot egenomsorg. I M. S. Fagermoen & R. Nord (red.), *Sykepleie: Teori/praksis* (s. 5–23). Oslo: Norwegian Nursing Association. [Nursing in a historical perspective: From care to self caring. In M. S. Fagermoen & R. Nord (Eds.), *Nursing: Theory/practice* (pp. 5–23). Oslo: Norwegian Nursing Association.]

Martinsen, K. (1981). Diakonisser. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, m.fl. (red.), *Pax leksikon*. Oslo: Pax Forlag (s. 89–90). [Deaconessses. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 89–90). Oslo: Pax Forlag.]

Martinsen, K. (1981). Guldberg, Cathinka. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 553–554). Oslo: Pax forlag. [Guldberg, Cathinka. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 553–554). Oslo: Pax Forlag.]

Martinsen, K. (1981). Nightingale, Florence. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 448–449). [Nightingale, Florence. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 448–449). Oslo: Pax Forlag.]

Martinsen, K. (1981). Omsorg i sykepleie. I E. Barnes & S. Solbak (red.), *Sykepleielære 1.* Lærebok for hjelpepleiere (Kap. 3). Oslo: Aschehoug. [Care in nursing. In E. Barnes & S. Solbak (Eds.), *Nursing textbook 1. Textbook for licensed practical nurses* (Chapter 3). Oslo: Aschehoug.]

Martinsen, K. (1981). Sykepleier. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 179–180). Oslo: Pax forlag. [Nurse. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, S. et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 179–180). Oslo: Pax Forlag.]

Martinsen, K. (1981). Sykepleieraksjonen 1972. I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 180–181). Oslo: Pax forlag. [Nurses on strike 1972. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 180–181). Oslo: Pax Forlag.]

Martinsen, K. (1981). Sykepleierforbund, Norsk (NSF). I H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, m.fl. (red.), *Pax leksikon* (s. 181–183). Oslo: Pax Forlag. [Nursing association. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 181–183). Oslo: Pax Forlag.]

Martinsen, K. (1981). Trekk av hjelpepleiernes historie. I E. Barnes & S.

Solbak (red.), *Sykepleielære 1. Lærebok for hjelpepleiere.* (Kap. 2). Oslo: Aschehoug. [Aspects of licensed practical nurse history. In E. Barnes & S. Solbak (Eds.), *Nursing textbook 1. Textbook for licensed practical nurses* (Chapter 2). Oslo: Aschehoug.]

Martinsen, K. (1985). Organisering av omsorg: diakonisser i Norge. I J. Bjørgum, K. Gundersen, S. Lie, & K. Vogt (red.), *Kvinnenes kulturhistorie* (s. 131–134). Oslo: Universitetsforlaget. [Organization of care: Deaconesses in Norway. In J. Bjørgum, K. Gundersen, S. Lie, & K. Vogt (Eds.), *Woman's cultural history* (pp. 131–134). Oslo: Universitetsforlaget.]

Martinsen, K. (1986). Sykepleierne—Helsemisjonerer, oppdragere og profesjonelle yrkeskvinner. I I. Fredriksen & H. Rømer (red.), *Kvinder, Mentalitet og arbejde. Kvindehistorisk forskning i Norden* (s. 151–156). Aarhus: Aarhus universitetsforlag. [Nurses—health missionaries, educators and professional working women. In I. Fredriksen & H. Rømer (Eds.), *Woman, mentality and work: Research on feminist history in Nordic countries* (pp. 151–156). Aarhus: Aarhus universitetsforlag.]

Martinsen, K. (1987). Ledelse og omsorgsrasjonalitet—Gir patriarkatbegrepet innsikt? I NAVFs sekretariat for kvinneforskning (red.), *Kjønn og makt: teoretiske perspektiver* (s. 18–26). Arbeidsnotat nr. 2. Oslo: NAVE. [Leadership and rationality of care—does the concept of patriarchy yield insight? In *Gender and power: theoretical perspectives* (Working paper no. 2, pp. 18–26). Oslo: NAVF.]

Martinsen K. (1989). Omsorg i sykepleien—In moralsk utfordring. I B. Persson, J. Petersen, & R. Truelsen (red.), *Fokus på sygeplejen-90* (s. 181–200). København: Munksgaard. [Caring in nursing—a moral challenge. In B. Persson, J. Petersen, & R. Truelsen (Eds.), *Focus on Nursing—90* (pp. 181–200). Copenhagen: Munksgaard.]

Martinsen, K. (1990). Fra resultater til situasjoner: Omsorg, makt og solidaritet. I Samkvind (Center for samfundsvidenskabelig kvindeforskning). *Kvinder og kommuner i Norden* (s. 61–82), København: Samkvind. [From results to situations: Care, power and solidarity. In Samkvind (Center for Feminist Research), Woman and municipals in Nordic countries (pp. 61–82). Copenhagen: Samkvind.]

Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim (red.), *Grundlagsproblemer i sygeplejen. Etik, videnskabsteori, ledelse & samfunn* (s. 60–84). Aarhus: Philosophia. [Moral practice and documentation in practical nursing. In T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim, *Foundational problems in nursing: Ethics, theories of science, leadership and society* (pp. 60–84). Aarhus: Philosophia.]

Martinsen, K. (1993). Etikk og diakoni. I P. Frølich, J. Midtbø, & A. Tang, *Bergen Diakonissehjem 75 år* (s. 22–26). Bergen: Bergen Diakonissehjem.

[Etichs and Diaconi. In P. Frølich, J. Midtbø, & A. Tang, *Bergen Diakonissehjem 75 years* (pp. 22–26). Bergen: Bergen Diakonissehjem.]

Martinsen, K. (1993). Omsorgens filosofi og dens praksis. I H. M. Dahl (red.), *Omsorg og kjærlighet i velfærdsstaten* (Samfundsvidenskabelig kvindeforskning/Cekvina, s. 7–23). Århus: Universitetet i Århus. [Caring philosophy and its practice. In H. M. Dahl (Ed.), *Care and love in the welfare state* (Social scientifically woman studies, pp. 7–23). Århus: The University of Århus.]

Martinsen, K. (1995). Omsorgsfeltet i den kliniske sygepleje. I I. Andersen & M. G. Erikstrup (red.), *Statens sundhedsvidenskabelige forskningsråds sygeplejeforskn-ingsinitiativ. Betydning for sygeplejepraksis* (s. 31–43). Århus: Århus Universitet. [Area for care in clinical nursing. In I. Andersen & M. G. Erikstrup (Eds.), *The state's initiative in nursing science. The significance for nursing practice* (pp. 31–43). Århus: Århus University.]

Martinsen, K. (1997). Etikk og kall, kultur og kropp—En dialog med Patricia Benner. I M. Sæther (red.), *Sykepleiekonferanse på Nordkalottens tak* (s. 111–157). Tromsø: Universitetet i Tromsø. [Ethics and vocation, culture and the body—A dialogue with Patricia Benner. In M. Sæther (Ed.), *Nursing conference on the roof of Nordkalotten* (pp. 111–157). Tromsø: University of Tromsø.]

Martinsen, K. (1999). Etikken og kulturen, og kroppens sårbarhet. I K. Christensen & L. J. Syltevik (red.), *Omsorgens forvitring? En antologi om utfordringer i velferdsstaten—Tilegnet Kari Wærness* (s. 241–269). Bergen: Fagbokforlaget. [Ethics and culture, and vulnerability of the body. In K. Christensen & L. J. Syltevik (Eds.), *Weathering of caring? An anthology about challenges in the welfare state—dedicated to Kari Wærness* (pp. 241–269). Bergen: Fagbokforlaget.]

Martinsen, K. (2000). Kjærlighetsgjerningen og kallet. Betraktninger omkring Rikke Nissens "Lærebog i Sygepleje for diakonisser". I R. Nissen, *Lærebog i Sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen* (s. 245–300). Oslo: Gyldendal Akademisk. [The loving act and the call. Reflections on Rikke Nissen's *Textbook of nursing for deaconesses.* In R. Nissen, *Textbook of nursing. With afterword by Kari Martinsen* (pp. 245–300). Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretaker av menneskets verdighet. I T. Wyller (red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 167–190). Bergen: Fagbokforlaget. [The house and the song, the tears and the shame: Space and architecture as caretakers of human dignity. In T. Wyller (Ed.), *Shame: Perspectives on shame, honor and shamelessness in modernity* (pp. 167–190). Bergen: Fagbokforlaget.]

Martinsen, K. (2002). Rikke Nissen. Kjærlighetsgjerningen og sykestuen. I

R. Birkelund (red.), *Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sygeplejens historie* (s. 305–328). København: Munksgaard forlag. [The loving act and the room for the sick. In R. Birkelund (Ed.), *Care, vocation and love in action and the sick-room. Persons and ideas in nursing history* (pp. 305–328). Copenhagen: Munksgaard.]

Martinsen, K. (2002). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 250–271). Oslo: Gyldendal Akademisk. [The room's time, the ill person's time, nursing time. In I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (Eds.), *The meeting between patient and nurse* (pp. 250–271). Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2003). Disiplin og rommelighet. I K. Martinsen & T. Wyller (red.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger* (s. 51–85). Oslo: Gyldendal Akademisk. [Discipline and spaciousness. In K. Martinsen & T. Wyller (Eds.), *Ethics, discipline and refinement. Elizabeth Hagemann's ethics book—New readings* (pp. 51–85). Oslo: Gyldendal Akademisk.]

Martinsen, K. (2005). Å bo på sykehuset og erfare arkitektur. I K. Larsen (red.), *Arkitektur, kropp og løring*. København: Reitzels forlag. [To dwell in hospitals and experience architecture. In K. Larsen (Ed.), *Architecture, body and learning.* Copenhagen: Reitzels forlag.]

Martinsen, K. (2005). Sårbarheten og omveiene. Løgstrup og sykepleien. I D. Bugge, P. Bøvadt, P. Sørensen (red.). *Løgstrups mange ansikter* (s. 255–270). Fredriksberg: Anis. [Vulnerability and detours. Løgstrup and nursing. In D. Bugge, P. Bøvadt, and P. Sørensen (Eds.). *Løgstrup's many faces* (pp. 255–270). Fredriksberg: Anis.]

Martinsen, K. (2007). Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I H. Alvsvåg & O. Førland (red.). *Engasjement og læring* (s. 315–344). Oslo: Akribe. [Do you concern me? Ethical demand and disciplined goodness. In H. Alvsvåg & O. Førland (Eds.), *Commitment and learning* (pp 315–344) Oslo: Akribe.]

Martinsen, K., Beedholm, K., & Fredriksen, K. (2007). Metadebatten der forsvandt. I K. Fredriksen, K. Lomborg, & U. Zeitler (red.). *Perspektiver på forskning* (s. 43–55). Århus: JCVU udviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen. [The Meta debate that disappeared. In K. Fredriksen, K. Lomborg, & U. Zeitler (Eds.), *Perspectives on research* (pp. 43–55). Århus: JCVU udviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen.]

Martinsen, K. (2008). Modernitet, avtrylling og skam. En måte å lese vestens medisin på i det moderne. In K. A. Petersen, M. Høyen (red.), *At sette spor på en vandring fra Aquinas til Bordieu—æresbog til Staf Callewaert*. http://Forlag@hexis.dk [Modernity, disenchantment and shame. A way

of reading Western medicine in the modern. In K. A. Petersen & M. Høyen (Eds.), *Leaving a trail on the way from Aquinas to Bordieu—Honorary volume for Staf Callewaert.*Forlag@hexis.dk.]

Martinsen, K. (2012). Skammens to sider [The two faces of shame]. I Thorsen, R., Mæhre, K. S., & Martinsen, K. (red.), *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget. [The two faces of shame. In Thorsen, R., Mæhre, K. S., & Martinsen, K. (Eds.), *Narratives on ethics.* Bergen: Fagbok forlaget.]

Martinsen, K. (2012). Etikk i sykepleien—mellom spontanitet og ettertanke. I M. Pahuus & P. K. Telleus (red.), *Antologi—Anvendt etikk—problemer og arbejdsområder*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag. [Ethics in Nursing—between spontaneity and reflection. In M. Pahuus & P. K. Telleus (Eds.), *Anthology—Applied ethics—Problems and areas of application.* Aalborg: Aalborg University Press.]

Martinsen, K. (2014). «Vil du meg noe?» Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. Jacobsen (red.), *Rom for omsorg?* (s. 225–245). Bergen: Fagbokforlaget. ["Do you want something of me?" On vulnerability and busyness in the health care rooms. In H. Alvsvåg, O. Førland, & F. Jacobsen (Eds.), *Room for caring?* (pp. 225–245). Bergen: Fagbok forlaget.]

Artículos de revistas

Eriksson K, Martinsen K. The hidden and forgotten evidence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(4):625–626.

Martinsen K. Omsorgens filosofi og omsorg i praksis. *Sykepleien*. 1981;8(69):4–10: [The philosophy of caring—And the practice. *Nursing*, *8*(69), 4–10.].

Martinsen K. Den tvetydige veldedigheten. *Sosiologi i dag, temanummer Kvinner og omsorgsarbeid*. 1982;1(12):29–41: [The ambiguity of charity. *Sociology*, *1*(12), 29–41.].

Martinsen K. Diakonissene—De første faglærte sykepleiere. *Sykepleien*. 1982;7(70):6–9: [The deaconesses—The first professionally trained nurses. *Nursing*, *7*(70), 6–9.].

Martinsen K. Kallsarbeidere og yrkeskvinner: Diakonissene—Våre første sykepleiere. *Forskningsnytt, temanummer: Kvinner og arbeid*. 1985;1:18–23: [Women with a calling and a profession: The deaconesses—Our first nurses. *News in Science*, *1*, 18–23.].

Martinsen K. Sykepleiertradisjonen—Et nødvendig korrektiv til dagens sykepleieforskning. *Sykepleien*. 1985;15(73):6–14: [The nursing tradition—a necessary corrective to today's nursing science. *Nursing*, *15*(73), 6–14.].

Martinsen K. Omsorg og profesjonalisering—Med fagutviklingen i sykepleien som eksempel. *Nytt om kvinneforskning*. 1986;2(10):21–32:

[Care and professionalism—An example from the development in nursing. *News in Woman Science*, *2*(10), 21–32.].

Martinsen K. Arbeidsdeling—Kjønn og makt. *Sykepleien*. 1987;1(74):18–23: [Division of labor—Gender and power. *Nursing*, *1*(74), 18–23.].

Martinsen K. Endret kunnskapsideal og to pleiegrupper. *Sykepleien*. 1987;4(74):20–25: [A changing paradigm and two types of nurses. *Nursing*, *4*(74), 20–25.].

Martinsen K. Helsepolitiske problemer og helsepolitisk tenkning bak sykehusloven av 1969. *Historisk tidsskrift*. 1987;3(66):357–372: [Health policy problems and health policy thinking underlying the new hospital law. *History*, *3*(66), 357–372.].

Martinsen K. Ledelse og omsorgsrasjonalitet—Gir patriarkatbegrepet innsikt? *Sykepleien*. 1987;1(74):18–23: [Management and caring rationality—Does the concept of patriarchate give insight? *Nursing*, *1*(74), 18–23.].

Martinsen K. Legers interesse for svangerskapet—En del av den perinatale omsorg. *Tidsrommet ca. 1890-1940. Historisk tidsskrift*. 1987;3(66):373–390: [Doctors' interests in pregnancy—a part of perinatal care. *History*, *3*(66), 373–390.].

Martinsen K. Norsk Sykepleierskeforbund på barrikadene for utdanning fra første stund. *Sykepleien*. 1987;3(74):6–12: [The Norwegian Nursing Association on the barricades from day one. *Nursing*, *3*(74), 6–12.].

Martinsen K. Ansvar og solidaritet. En moralfilosofisk og sosialpolitisk forståelse av omsorg. *Sykepleien*. 1988;12(75):17–21: [Responsibility and solidarity. A moral-philosophical and sociopolitical understanding of caring. *Nursing*, *12*(75), 17–21.].

Martinsen K. Etikk og omsorgsmoral. *Sykepleien*. 1988;13(75):16–20: [Ethics and the moral practice of caring. *Nursing*, *13*(75), 16–20.].

Martinsen K. Diakoni er fellesskap og samhørighet. *Under Ulriken*. 1990;5(30):6–10: [Diaconi is community and fellowship. *Under Ulrikken*, *5*(30), 6–10.].

Martinsen K. Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien. *Sykepleien*. 1991;2(78):2–11: 29. [Caring and power, word and body in nursing profession. *Nursing*, *2*(78), 2–11, 29.].

Martinsen K. Under kjærlig forskning. *Fenomenologiens åpning for den levde erfaring i sykepleien. Perspektiv—Sygeplejersken*. 1991;36(91):4–15: [Compassionate research. Phenomenology opening up for lived experience in nursing. *Perspective—Nursing* (Danish), *36*(91), 4–15.].

Martinsen K. Grunnforskning—Trofast og troløs forskning—Noen fenomenologiske overveielser. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*. 1993;1(9):7–28: [Basic research—Faithful and faithless research—Some phenomenological considerations. *Nursing Research* (Danish), *1*(9), 7–28.].

Martinsen K. De etiske fortellinger. *Omsorg*. 1997;1(14):58–63: [The ethical narratives. *Caring*, *1*(14), 58–63.].

Martinsen K. Kallet—Kan vi være det foruten? *Tidsskrift for sygeplejeforskning*. 1997;2(13):9–41: [The vocation—Can we do without it? *Nursing Science*, *2*(13), 9–41.].

Martinsen K. Det fremmede og vedkommende (I). *Klinisk Sygepleje*. 1998;1(12):13–19: [Strangeness and relevance (I). *Clinical Nursing*, *1*(12), 13–19.].

Martinsen K. Det fremmede og vedkommende (II). *Klinisk Sygepleje*. 1998;1-2(12):78–84: [Strangeness and relevance (II). *Clinical Nursing*, *2*(12), 78–84.].

Martinsen K. Er det mørketid for filosofien? Et svar til Marit Kirkevold. *Tidsskrift for sygeplejeforskning (dansk)*. 2001;1(17):19–23: [Is philosophy in shadow? A reply to Marit Kirkevold. *Nursing Science* (Danish), *1*(17), 19–23.].

Martinsen K. Livsfilosonske betraktninger. *I Diakoninytt*. 2002;3(118):8–12: [Reflections on the philosophy of life. *Deaconry News*, *3*(118), 8–12.].

Martinsen K. Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg*. 2002;1(19):14–22: [Conversation, communication and professionality in the caring professions. *Caring*, *1*(19), 14–22.].

Martinsen K. Talens åpenhet og evidens—Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje*. 2003;4(17):3–46: [The openness of speech and evidence—Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing*, *4*(17), 36–46.].

Martinsen K. Skjønn—Språk og distanse: dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje*. 2004;2(18):50–56: [Discernment—Language and distance: Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing*, *2*(18), 50–56.].

Martinsen K. Innfallet—og dets betydning i liv og arbeid. Metafysisk inspirerte overveielser over innfallets natur og måter å vise seg på. *Klinisk Sygepleje*. 2008;1(22): [The Innfall (impulse)—and its significance in life and work. Metaphysically inspired reflections on the nature of the Innfall and its ways of showing itself. *Clinical Nursing*, *1*(22).].

Martinsen K. Filosofi og fortellinger om sårbarhet. *Klinisk Sygepleje*. 2012;2(26):30–37: [Philosophy and narratives of vulnerability. *Clinical Nursing*, *2*(26), 30–37.].

Martinsen K. Stedet. *Omsorg*. 2013;4(30):61–67: [The Place, *Caring, 4*(30), 61–67.].

Martinsen K. Sykeværelset – sett fra sengen. *Klinisk Sygepleje*. 2015;4(29):4–19: [The patient's room—seen from the bed. *Clinical Nursing, 4*(29), 4–19.].

Martinsen K. The articulation of impressions. An interview with Kari Martinsen. Interviewed by Christine Øye and Tone Elin Mekki,

translated by Hilde Haaland-Kramer. *International Practice Development Journal*. 2016;6(1):1–6.

Martinsen K, Wærness K. Sykepleierrollen—En undertrykt kvinnerolle i helsesektoren (I). *Sykepleien*. 1976;4(64):220–224: [The nursing role—An oppressed female role in National Health Service. *Nursing*, *4*(64), 220–224.].

Martinsen K, Wærness K. Sykepleierrollen—En undertrykt kvinnerolle i Helsesektoren (II). *Sykepleien*. 1976;5(64):274–275: 281–282. [The nursing role—An oppressed female role in National Health Service. *Nursing*, *5*(64), 274–275, 281–282.].

Martinsen K, Wærness K. Klientomsorg og profesjonalisering. *Sykepleien*. 1980;4(68):12–14: [Client care and the professionalization. *Nursing*, *4*(68), 12–14.].

Sviland R, Martinsen K, Råheim M. Hvis ikke kropp og psyke—hva da? *Fysioterapeuten*. 2007;12:23–28: [If not body, not psyche—what then? *The Physiotherapeut, 12*, 23–28.].

Sviland R, Martinsen K, Råheim M. To be held and to hold one's own: Narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2014;17(4):609–624.

Sviland R, Råheim M, Martinsen K. Å komme til seg selv – i bevegelse, sansing og forståelse. *Matrix*. 2009;2:257–275: [Coming to one's senses—In moving, sensing, understanding. *Matrix, 2,* 257–275.].

Sviland R, Råheim M, Martinsen K. Språk—uttrykk for inntrykk. *Matrix*. 2010;2:132–156: [Language—Expressing impressions. *Matrix, 2,* 132–156.].

Sviland R, Råheim M, Martinsen K. Touched in sensation—Moved by respiration. Embodied narrative identity—A treatment process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(4):811–819.

Fuentes secundarias

Alvsvåg, H., Bergland Å., & Førland, O. (red.). (2013). Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. [Necessary De tours. A scientific anthology for Kari Martinsen on her 70th birthday. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.]

Alvsvåg, H., & Gjengedal, E. (red.). (2000). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget. [*Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen.* Bergen: Fagbok forlaget.]

Austgard K. *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2010: [*Philosophy of caring*

in practice: Thinking with philosopher Kari Martinsen in nursing. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.].

Boge, J. (2011). *Kroppsvask i sjukepleie. Eit politisk og historisk perspektiv*. [*Bathing the patient. A political and historical perspective*]. Oslo: Akribe.

Forss A, Ceci C Drummond, eds. *Philosophy of nursing. 5 Questions*. Copenhagen Automatic Press/VIP; 2013.

Jørgensen, B. B., & Lyngaa, J. (red.). (2008). *Sygeplejeleksikon*. København: Munksgaard. [*Encyclopedia of nursing.* Copenhagen: Munksgaard.]

Mathisen J. *Sykepleiehistorie [History of nursing]*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.

Mekki TE, Tollefsen S. *På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe; 2000: [*On the threshold: An introduction to nursing as discipline and profession.* Oslo: Akribe.].

Olsen R. *Klok av erfaring? Om sansing og opp-merksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehoug; 1998: [*Wise with experience? On sensation and attention, knowledge and reflection in practical nursing.* Oslo: Tano Aschehoug.].

Overgaard AE. *Åndelig omsorg—En lærebog. Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nytt lys*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2003: [*Spiritual care—A textbook. Kari Martinsen, Katie Eriksson and Joyce Travelbee in a new light.* Copenhagen: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.].

Walstad, P. B. (2006). *Dannelse og Duelighed for livet. Dannelse og yrkesutdanning i den grundtvigske tradisjon*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Doctoral dissertation 2006:88. [*Education and capability for life. Education and professional training in the Grundtvigian tradition.* Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Doctoral Dissertations 2006:88.]

Créditos de la fotografía: Lars Jakob Løtvedt, Bergen, Noruega.

[*] Traductores: Vigdis Elisabeth Brekke, Bjørn Follevåg y Kirsten Costain Schou.

[*] Se proporciona una traducción aproximada al inglés de los títulos publicados originalmente en noruego.

[*] Se proporciona una traducción aproximada al inglés de los títulos publicados originalmente en noruego.

11

Teoría del cuidado caritativo

Unni Å. Lindström

Lisbet Lindholm Nyström

Joan E. Zetterlund

«Cuidado caritativo significa que utilizamos la "caritas" cuando cuidamos al ser humano en la salud y en el sufrimiento… El cuidado caritativo es una manifestación del amor que "simplemente existe"… La comunión de la asistencia, el cuidado verdadero, tiene lugar cuando quien cuida en un espíritu de caritas alivia el sufrimiento del paciente.»

(Eriksson, 1992c, págs. 204, 207)

Katie Eriksson
(1943-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Katie Eriksson es una de las pioneras de la ciencia del cuidado en los países escandinavos. Al iniciar su carrera hace 30 años, abrió el camino para una nueva ciencia. Quienes han seguido su trabajo y progresos en Finlandia han observado su capacidad para entender la asistencia como una disciplina mientras daba a conocer los puntos más abstractos.

Eriksson nació el 18 de noviembre de 1943 en Jakobstad, Finlandia. Pertenece a la minoría finosueca del país y su lengua materna es el sueco. En 1965 se graduó en la Helsinki Swedish

School of Nursing, y en 1967 concluyó allí su formación en la especialidad de Enfermería de Salud Pública. En 1970 se graduó en el programa de formación de profesoras de enfermería en la Helsinki Finnish School of Nursing. Continuó sus estudios académicos en la University of Helsinki, donde en 1974 se licenció en Filosofía y en 1976 obtuvo la licenciatura; en 1982 defendió su tesis doctoral en Pedagogía *(The Patient Care Process—An Approach to Curriculum Construction Within Nursing Education: The Development of a Model for the Patient Care Process and an Approach for Curriculum Development Based on the Process of Patient Care)* (Eriksson, 1974, 1976, 1981). En 1984 fue nombrada docente de la ciencia del cuidado (a tiempo parcial) en la University of Kuopio, el primer centro de este tipo en los países escandinavos. En 1992 fue nombrada profesora de Ciencias del Cuidado en la Åbo Akademi University. Entre 1993 y 1999 trabajó como profesora de Ciencias del Cuidado en la Facultad de Medicina de la University of Helsinki, donde ha sido docente desde 2001. A partir de 1996 trabaja como directora de Enfermería en el Helsinki University Central Hospital, con responsabilidades en la investigación y el desarrollo de la ciencia del cuidado, junto con su cátedra en la Åbo Akademi University.

A finales de los años sesenta y comienzos de los años setenta, Eriksson trabajó en varios campos de la enfermería y continuó con sus estudios. Su principal área de trabajo la ha llevado a cabo en la docencia y la investigación. Desde los años setenta, Eriksson ha profundizado de forma sistemática en su pensamiento sobre la asistencia, en parte a través de un modelo ideal de cuidados que ha constituido la base de la denominada teoría del cuidado caritativo, y en parte a través del desarrollo de una ciencia del cuidado autónomo y con una orientación humanista. Eriksson, una de las pocas investigadoras en ciencia del cuidado de los países escandinavos, ha sido una precursora de la investigación básica en ciencias del cuidado.

La carrera científica y la experiencia profesional de Eriksson comprende dos períodos: los años 1970-1986 en la Helsinki Swedish School of Nursing y el período posterior a 1986, en el que comenzó a trabajar en el Departamento de Ciencia del Cuidado de la Åbo Akademi University, que ha dirigido desde 1987.

En 1972, tras enseñar durante 2 años en el Departamento de Enfermería de la Helsinki Swedish School of Nursing, le fue asignada la tarea de elaborar y poner en marcha un programa formativo para preparar a sus formadoras de enfermería. En Finlandia no existía un programa de este tipo impartido en sueco. Este programa contó con la colaboración de la University of Helsinki y representó el inicio de la enseñanza científica de la enfermería. Bajo la dirección de Eriksson, la Helsinki Swedish School of Nursing desarrolló uno de los principales programas educativos sobre ciencia del cuidado y enfermería, fue el precursor de la formación basada en la ciencia del cuidado y de la integración de la investigación con la formación. Eriksson se encargó del programa durante 2 años, hasta que en 1974 fue nombrada decana de esta misma escuela. Siguió como decana hasta 1986, año en que fue designada para iniciar la formación y la investigación en la Åbo Akademi University.

Hacia finales de los años ochenta, en Finlandia la ciencia enfermera pasó a ser una asignatura y se crearon cátedras en cuatro universidades finlandesas y también en la universidad finosueca, en la Åbo Akademi University. En 1986 se encargó a Eriksson que diseñase un programa formativo y de investigación sobre enfermería científica en la Facultad de Educación de la Åbo Akademi University en Vaasa, Finlandia. El programa formativo para la asistencia sanitaria plenamente desarrollado con tres opciones dirigidas y un programa de investigación sobre la ciencia del cuidado pasó a denominarse Departamento de Ciencia del Cuidado en 1987. Este departamento funcionó de modo autónomo en la Facultad de Educación de la Åbo Akademi University hasta 1992, año en que fundó la nueva Facultad de Ciencias Sociales y del Cuidado. Eriksson desarrolló una formación académica para grados de máster y doctorado en ciencias del cuidado. El programa doctoral comenzó en 1987 bajo la dirección de Eriksson, y desde entonces se han publicado muchas tesis doctorales.

Con sus colaboradores e investigadores, Eriksson ha ampliado el desarrollo de la teoría del cuidado caritativo y de la ciencia del cuidado como una disciplina académica puntera en los países nórdicos. Además de su trabajo en docencia, investigación y supervisión, Eriksson es la decana del Departamento de Ciencia del

Cuidado, y una de sus principales tareas es establecer contactos con miembros de los países escandinavos y de otros países del mundo.

Eriksson ha sido una oradora invitada muy popular en Finlandia, en todos los países escandinavos y en diversos congresos internacionales. En 1977 fue invitada como oradora en el Symposium of Medical and Nursing Education en Estambul (Turquía); en 1978 participó en la fundación de la formación de docentes médicos en Reikiavik (Islandia); en 1982 presentó su modelo didáctico de atención enfermera en la First Open Conference of the Workgroup of European Nurse-Researchers en Uppsala, Suecia; asimismo, durante varios años, participó en la formación de pregrado y posgrado de enfermeras en el Statens Utdanningscenter for Helsopersonell en Oslo, Noruega. En 1988 impartió un curso titulado «Basic Research in Nursing Care Science» en la Universidad de Bergen (Noruega), así como otro curso llamado «Nursing Care Science's Theory of Science and Research» en la Umeå University en Suecia. También ha trabajado como consultora en numerosos centros formativos suecos; ha dado clases en la Nordiska Hälsovårdsskolan en Gotemburgo (Suecia). En 1991 fue oradora invitada en la 13th International Association for Human Caring (IAHC) Conference en Rochester (Nueva York); asimismo, en 1992 presentó su teoría en la 14th IAHC Conference en Melbourne (Australia), y en 1993 participó como oradora principal en la 15th IAHC Conference, Caring as Healing: Renewal Through Hope, en Portland (Oregón) (Eriksson, 1994b).

Ha sido invitada como oradora anual a los congresos para directoras de enfermería y, desde 1996, también al simposio anual de ciencias del cuidado que se celebra en Helsinki (Finlandia). Eriksson ha mantenido diálogos públicos sobre cuestiones básicas en enfermería y ciencia de la asistencia con Kari Martinsen, de Noruega, algunos de los cuales han sido publicados (Martinsen, 1996; Martinsen y Eriksson, 2009).

Asimismo, Eriksson ha dirigido numerosos simposios: en 1975, The Nordic Symposium about the Nursing Care Process (el primer Nordic Nursing Care Science Symposium en Finlandia); en 1982, el Symposium in Basic Research in Nursing Care Science; en 1985, The Nordic Symposium in Nursing Care Science; en 1989, el simposio nórdico denominado «Humanistic Caring»; en 1991, la Nordic

Caring Science Conference, «Caritas & Passio», en Vaasa (Finlandia), y en 1993, la Nordic Caring Science Conference, «To Care or Not to Care—The Key Question», en Vaasa (Finlandia).

La teoría del cuidado caritativo de Eriksson cobró popularidad internacional en 1997, cuando la IAHC celebró su conferencia de investigación en un país europeo por primera vez. El Departamento de Ciencia del Cuidado actuó como anfitrión de esta conferencia, que se llevó a cabo en Helsinki (Finlandia) con el título de «Human Caring: The Primacy of Love and Existential Suffering».

Eriksson es miembro de comités editoriales de publicaciones internacionales sobre enfermería y ciencias del cuidado. Ha sido invitada a numerosas universidades finlandesas y de otros países escandinavos como miembro de tribunales de evaluación de tesis doctorales, y como consultora experta en su campo. No es tan solo asesora de sus estudiantes de Investigación, sino que también actúa como supervisora de los estudiantes que investigan en la University of Kuopio y en la University of Helsinki, donde es profesora asociada. Eriksson también ha trabajado como presidenta de la Nordic Academy of Caring Science desde 1999 hasta 2002.

Eriksson ha publicado una amplia lista de manuales, publicaciones científicas, artículos periodísticos profesionales y comunicaciones. Inició sus publicaciones en los años setenta y comprenden cerca de 400 títulos. Algunas de sus publicaciones han sido traducidas a otros idiomas, sobre todo al finlandés. *Vårdandets Idé (El concepto de la asistencia)* ha sido publicado en braille. Su primera traducción al inglés *The Suffering Human Being (Den Lidande Människan)* fue publicada en 2006 por Nordic Studies Press en Chicago.

Eriksson ha recibido numerosos premios y honores como reconocimiento a sus logros profesionales y académicos. En 1975, Eriksson fue designada para recibir el Premio 3M-International Council of Nurses (ICN) Nursing Fellowship; en 1987 recibió la Medalla Sophie Mannerheim de la Swedish Nursing Association y en 1998 recibió la Caring Science Gold Mark del Helsinki University Central Hospital por su labor docente en enfermería y también fue distinguida con un doctorado *honoris causa* en Salud Pública por la Nordic School of Public Health de Gotemburgo (Suecia). También ha recibido otros premios, como la Medalla Åland Islands (2001)

por su actividad científica y la Medalla Topelius (2003), instituida por la Åbo Akademi University, por sus excelentes investigaciones. Asimismo, en 2003 recibió la distinción de Caballero de Primera Clase de la Orden Finlandesa de la Rosa Blanca.

Fuentes teóricas

Desde los años setenta, los principales pensamientos de Eriksson han sido no solo elaborar la esencia del cuidado, sino también desarrollar la ciencia del cuidado como una disciplina independiente (Eriksson, 1988). Desde un principio Eriksson deseó volver a los clásicos griegos como Platón, Sócrates y Aristóteles, como inspiración para desarrollar tanto la materia como la disciplina de la ciencia del cuidado (Eriksson, 1987b). A partir de la idea básica del humanismo inherente a la ciencia de cuidar a los enfermos, Eriksson desarrolló una metateoría a la que denominó «teoría científica de la ciencia del cuidado» (Eriksson, 1988, 2001).

Al desarrollar la ciencia del cuidado como disciplina académica, además de Platón y Aristóteles, sus principales fuentes de inspiración fueron el teólogo sueco Anders Nygren (1972) y Hans-Georg Gadamer (1960-1994). Nygren y, más tarde, Tage Kurtén (1987) han ayudado a Eriksson en su división de la ciencia del cuidado en sistemática y clínica. Eriksson introduce los conceptos de Nygren de investigación del motivo, contexto del significado y motivo básico, que proporcionan una estructura a la disciplina. El objetivo de la investigación del motivo es encontrar el contexto esencial, la idea principal del cuidar. La investigación del motivo aplicada a la ciencia del cuidado muestra las características del cuidado (Eriksson, 1992c).

En la ciencia del cuidado y en enfermería, el motivo básico para Eriksson es la *caritas,* que representa la idea principal y cohesiona los diversos elementos. La caridad otorga un carácter peculiar tanto a la sustancia como a la disciplina de la ciencia del cuidado. En el desarrollo del motivo básico, son también fuentes importantes San Agustín (1957) y Søren Kierkegaard (1843/1943). En el desarrollo posterior de la disciplina, el pensamiento de Eriksson también se ha visto influido por otras fuentes, como Thomas Kuhn (1971), Karl Popper (1997) y más tarde por la filósofa norteamericana Susan

Langer (1942) y los filósofos finlandeses Eino Kaila (1939) y Georg von Wright (1986); todos ellos apoyan la idea de que no puede existir una ciencia humana en ausencia de valores.

Durante muchos años, Eriksson colaboró con Håkan Törnebohm (1978), titular de la primera cátedra nórdica en la teoría de la ciencia en la University of Gothenburg, Suecia. Las investigaciones de Törnebohm y el desarrollo de paradigmas relacionados con diversas culturas científicas inspiraron a Eriksson (Eriksson, 1989; Lindström, 1992).

En el trabajo científico de Eriksson es importante la idea de que los conceptos tienen tanto significado como sustancia. Esto es así a través de un análisis sistemático de conceptos fundamentales, con la ayuda de un método de análisis semántico basado en la idea de la hermenéutica, desarrollada por el profesor Peep Koort (1975). Koort, mentor de Eriksson, ha sido sin lugar a dudas la fuente de inspiración más importante de su trabajo conceptual científico. Trabajando en el fundamento de su metodología, Eriksson ha elaborado posteriormente un modelo de desarrollo conceptual que ha sido importante para numerosos investigadores en su trabajo científico.

En su formulación de la ética asistencial caritativa, que Eriksson concibe como una ética ontológica, ha tenido un gran papel la idea de Emmanuel Lévinas (1988) de que la ética precede a la ontología. Eriksson está especialmente de acuerdo con el pensamiento de Lévinas sobre que la llamada a servir precede al diálogo, que la ética es siempre lo más importante en las relaciones con otros seres humanos. La sustancia fundamental de la ética –*caritas,* amor y caridad– se encuentra en las ideas de Aristóteles (1993), Nygren (1972), Kierkegaard (1843/1943) y San Agustín (1957). En la formulación de la ética caritativa, Eriksson se ha inspirado en las ideas de Kierkegaard sobre que la parte más íntima del espíritu de un ser humano es una síntesis de lo eterno y de lo temporal, y que actuar éticamente es querer de modo absoluto o querer lo eterno (Kierkegaard, 1843/1943). La teórica subraya la importancia del conocimiento de la historia de las ideas para preservar toda la cultura espiritual y encuentra apoyo para ello en Nikolaj Berdâev (1990), el filósofo e historiador ruso. Al intensificar la concepción básica del ser humano como cuerpo, alma y espíritu, Eriksson

mantiene un interesante diálogo con varios teólogos, como Gustaf Wingren (1960/1996), Antonio Barbosa da Silva (1993) y Tage Kurtén (1987), elaborando así una subdisciplina a la que denomina *teología del cuidado.* Quizás el rasgo más destacado del pensamiento de Eriksson ha sido su clara formulación de los supuestos ontológicos, epistemológicos y éticos básicos en relación con la disciplina de la ciencia del cuidado.

Principales conceptos y definiciones

Caritas

Caritas significa «amor y caridad». En la *caritas* se unen eros y agapé; por naturaleza, *caritas* significa siempre amor sin condiciones. La *caritas*, que es el motivo fundamental de la ciencia del cuidado, representa también el motivo de todo cuidado. Implica que el cuidado es una misión en la que intervienen la fe, la esperanza y el amor a través de la atención, el juego y el aprendizaje.

Comunión del cuidado

La **comunión del cuidado** constituye el contexto del significado del cuidado y es la estructura que determina su realidad. La asistencia adquiere precisamente su carácter peculiar a través de la comunión del cuidado (Eriksson, 1990). Es una forma de conexión íntima que describe el cuidar. La comunión del cuidado requiere una reunión en el tiempo y el espacio, una presencia absoluta y duradera (Eriksson, 1992c). La comunión del cuidar se caracteriza por intensidad y vitalidad, además de por calor, cercanía, reposo, respeto, honestidad y tolerancia. No puede darse por sobrentendida, sino que presupone un esfuerzo consciente para estar con la otra persona. La comunión del cuidar se considera como la fuente de la fuerza y del significado del cuidado. En *Pro Caritate,* Eriksson (1990) se refiere a Lévinas y escribe:

«Entrar en comunión implica crear oportunidades para el otro –ser capaz de salir del interior de la propia identidad, de salir de lo que

le pertenece a uno y dirigirse hacia lo que no pertenece a nadie y a pesar de todo es propio de cada uno–; esta es una de las formas más intensas de la comunión.»

(Págs. 28-29)

Unirse en comunión significa crear posibilidades para la otra persona. Lévinas sugiere que considerar a alguien como a nuestro propio hijo implica una relación que va «más allá de lo posible» (1985, pág. 71; 1988). En esta relación, la persona percibe las posibilidades de la otra como si fueran propias. Esto requiere la capacidad de tender hacia algo que ya no solo no es nuestro, sino que además nos pertenece. Es una de las formas más intensas de la comunión (Eriksson, 1992b). La comunión del cuidado es lo que une, ata y da significado al cuidar (Eriksson, 1992a).

Acto del cuidado

El **acto del cuidado** contiene los elementos asistenciales (fe, esperanza, amor, inclinación, juego y aprendizaje), incluye las categorías de *infinidad* y *eternidad* e invita a una comunión profunda. El acto del cuidar es el arte de convertir en algo muy especial algo que no lo es tanto.

Ética asistencial caritativa

La **ética asistencial caritativa** comprende la ética del cuidado, cuyo núcleo está determinado por el motivo de la *caritas*. Eriksson hace una distinción entre ética del cuidar y ética enfermera. Asimismo, define las bases de la ética en el cuidar así como su materia esencial. La ética del cuidado trata de la relación básica entre el paciente y la enfermera –el modo en que la enfermera entra en contacto con el paciente en un sentido ético–. Trata sobre el abordaje del paciente. En cambio, la ética enfermera trata sobre las reglas y principios éticos que guían el trabajo o las decisiones. La ética del cuidado es la parte central de la ética enfermera. Los fundamentos de la ética caritativa pueden encontrarse no solo en la historia, sino también en la línea divisoria natural entre ética teológica y ética humana. Entre otros, Eriksson ha estado influida por la ética humana de Nygren (1966) y por la «ética frontal» de Lévinas (1988). El cuidado ético constituye lo que el profesional de enfermería realmente hace explícito en su abordaje del paciente, así

como las cosas que hace para él en la práctica. Un abordaje asistencial basado en la ética significa que, sin prejuicio alguno, el profesional de enfermería considera al ser humano con respeto y que confirma su absoluta dignidad. También significa la voluntad de sacrificar algo de uno mismo. Las categorías éticas que sobresalen como básicas en la ética asistencial caritativa son la dignidad humana, la comunión asistencial, la invitación, la responsabilidad, el bien y el mal, la virtud y la obligación. En un acto ético, el bien se realiza mediante acciones éticas (Eriksson, 1995, 2003).

Dignidad

La **dignidad** constituye uno de los conceptos básicos de la ética del cuidado caritativo. La dignidad humana es, en parte, dignidad absoluta y, en parte, dignidad relativa. Mientras la dignidad absoluta la recibe el ser humano gracias a la creación, la dignidad relativa está influida y formada por la cultura y los contextos externos. La dignidad absoluta de un ser humano implica el derecho a ser confirmado como un ser humano único (Eriksson, 1988, 1995, 1997a).

Invitación

La **invitación** se refiere al acto que tiene lugar cuando el cuidador da la bienvenida al paciente a la comunión del cuidado. El concepto de invitación implica un lugar donde se permita al ser humano descansar, un lugar que respire hospitalidad genuina y en el que la súplica de caridad del paciente encuentre una respuesta (Eriksson, 1995; Eriksson y Lindström, 2000).

Sufrimiento

El **sufrimiento** es un concepto ontológico, que se describe como la lucha entre el estado de llegar a ser bueno o malo. En cierto sentido, el sufrimiento implica alejarse de algo y, a través de la reconciliación, volver a crear la totalidad del cuerpo, el alma y el espíritu, cuando aparecen la dignidad y la santidad del ser humano. El sufrimiento es una experiencia total, única y aislada; de ningún modo es sinónimo de dolor (Eriksson, 1984, 1993).

Sufrimiento relacionado con la enfermedad, la asistencia

y la vida

Existen tres formas diferentes de sufrimiento: **el sufrimiento relacionado con la enfermedad, la asistencia y la vida.** El sufrimiento relacionado con la enfermedad es el que se experimenta en relación con esta y su tratamiento. El paciente presenta un sufrimiento relacionado con la asistencia cuando aquel deriva de esta o de su ausencia, lo que implica siempre una violación de su dignidad. Son formas diversas de sufrimiento relacionado con la asistencia: no tomar seriamente al paciente, no acogerle, culparle y someterle a un ejercicio de poder. En la situación del paciente, toda la vida de un ser humano puede experimentarse como un sufrimiento relacionado con la vida (Eriksson, 1993, 1994a; Lindholm y Eriksson, 1993).

Ser humano que sufre

Para describir al paciente, Eriksson utiliza el concepto de **ser humano que sufre.** El término paciente remite a *patiens,* que en latín significa «sufrimiento». El paciente es un ser humano que sufre o un ser que sufre y lo soporta con paciencia (Eriksson, 1994a; Eriksson y Herberts, 1992).

Reconciliación

El término **reconciliación** hace referencia al drama del sufrimiento. Los seres humanos que sufren quieren que les confirmen el sufrimiento que padecen y, también, que se les dé tiempo y espacio para sufrir y alcanzar una reconciliación. La reconciliación implica un cambio mediante el que se forma una nueva totalidad a partir de la vida que el ser humano ha perdido en el sufrimiento. En la reconciliación surge la importancia del sacrificio (Eriksson, 1994a). Haber alcanzado la reconciliación implica vivir una imperfección respecto a uno mismo y a los otros, pero mirando hacia delante y encontrando un significado en el propio sufrimiento. La reconciliación es un prerrequisito de la *caritas* (Eriksson, 1990).

Cultura del cuidado

La **cultura del cuidado** es el concepto que Eriksson utiliza en lugar de *entorno* (1987b). Describe la realidad asistencial total y se basa en elementos culturales como las tradiciones, los rituales y los valores

básicos. La cultura del cuidado transmite un orden interno de preferencias de valor o *ethos;* las distintas construcciones de cultura se basan en los cambios de valor que experimenta el *ethos.* Si surge una comunión basada en el *ethos,* la cultura se hace acogedora. El respeto por el ser humano, su dignidad y santidad forman el objetivo de la comunión y de la participación en una cultura de la asistencia. El origen del concepto de cultura se encuentra en dimensiones como reverencia, inclinación, desarrollo y asistencia; estas dimensiones son fundamentales para el motivo básico de preservar y desarrollar una cultura del cuidado (Eriksson, 1987b; Eriksson y Lindström, 2003).

Uso de datos empíricos

A partir del primer desarrollo de su teoría, Eriksson la ha incluido en el empirismo al utilizar sistemáticamente un método deductivo hipotético y hermenéutico. En conformidad con un modo de pensar hermenéutico y científico humano, Eriksson ha desarrollado un concepto de evidencia basado en la ciencia del cuidado (Eriksson, Nordman y Myllymäki, 1999). Como argumento principal, Eriksson señala que el concepto de evidencia en ciencias naturales es demasiado limitado para llegar a entender completamente la compleja realidad asistencial. Su concepto de evidencia procede del concepto de verdad de Gadamer (Gadamer, 1960-1994), que comprende la verdad, la belleza y el bien. De acuerdo con Gadamer, Eriksson señala que la evidencia no puede relacionarse únicamente con un método y con datos empíricos. En una perspectiva científica humana, la evidencia contiene dos aspectos: uno empírico y otro conceptual y lógico al que denomina *ontológico;* además, cada uno presupone al otro. Al evaluarse en dos estudios empíricos exhaustivos con la idea de conseguir unas culturas del cuidado basadas en la evidencia en siete unidades asistenciales del distrito hospitalario de Helsinki y Uusimaa, el concepto de evidencia desarrollado por Eriksson ha demostrado ser empíricamente evidente (Eriksson y Nordman, 2004). Un desarrollo adicional de la evidencia dio como resultado el concepto de la evidencia científica y la teoría del cuidado (Martinsen y Eriksson, 2009).

Durante los años setenta, Eriksson desarrolló inicialmente un modelo de proceso asistencial de enfermería (Eriksson, 1974) que más tarde formuló ya como teoría en su tesis doctoral (1981). Desde entonces, Eriksson ha profundizado paso a paso en la comprensión conceptual y lógica de los conceptos básicos y de los fenómenos que han surgido de su teoría. Ha probado la validez del modelo en contextos empíricos, en los que los conceptos han asumido unos atributos contextuales y pragmáticos (Kärkkäinen y Eriksson, 2004). Esta forma lógica de trabajar, un movimiento constante entre la lógica y la evidencia empírica, ha sido resumida por Eriksson en su modelo de desarrollo del concepto (Eriksson, 1997b). La validez de este modelo se ha evaluado en varias tesis doctorales desde 1995 (Gustafsson, 2008; Hilli, 2007; Kasén, 2002; Lassenius, 2005; Lindwall, 2004; Nåden, 1998; Näsman, 2010; Rundqvist, 2004; Sivonen, 2000; von Post, 1999; Wallinvirta, 2001). Eriksson empezó a realizar unos programas de investigación clínica sobre el cuidado más sistemáticos y exhaustivos cuando fue nombrada directora del Departamento de Ciencia del Cuidado de la Åbo Akademi University. Las 44 tesis doctorales escritas en este departamento entre 1992 y 2012, de algún modo, prueban y validan sus ideas y su teoría.

Principales premisas

Eriksson distingue dos clases principales de suposiciones: los axiomas y las tesis. Considera los axiomas como verdades fundamentales sobre la concepción del mundo; en cambio, las tesis son afirmaciones fundamentales en relación con la naturaleza general de la ciencia del cuidado, y su validez se evalúa a través de la investigación. En conjunto, axiomas y tesis componen la ontología de la ciencia del cuidado y son, por tanto, el fundamento de su epistemología (Eriksson, 1988, 2001). La teoría del cuidado caritativo se basa en los siguientes axiomas y tesis, modificados y aclarados a partir de las suposiciones básicas de Eriksson con su aprobación (Eriksson, 2002). Estos son los axiomas:

- El ser humano es fundamentalmente una entidad formada por cuerpo, alma y espíritu.

- El ser humano es fundamentalmente un ser religioso.
- El ser humano es fundamentalmente sagrado. La dignidad humana implica aceptar la obligación humana de servir con amor, de existir para los otros.
- La comunión es la base de toda la humanidad. Los seres humanos están fundamentalmente interrelacionados con un ser abstracto y/o con un ser concreto formando una comunión.
- El cuidado es algo humano por naturaleza, una llamada a servir con amor.
- El sufrimiento es una parte inseparable de la vida. El sufrimiento y la salud son prerrequisitos relacionados mutuamente.
- La salud es algo más que la ausencia de enfermedad. La salud implica totalidad y santidad.
- El ser humano vive en una realidad caracterizada por el misterio, la infinitud y la eternidad.

Estas son las tesis:

- El *ethos* confiere el significado final al contexto del cuidado.
- El motivo básico del cuidado es la *caritas*.
- La categoría básica del cuidado es el sufrimiento.
- La comunión asistencial forma el contexto del significado del cuidado y deriva del *ethos* del amor, la responsabilidad y el sacrificio, concretamente, la ética caritativa.
- La salud implica una tendencia a convertirse, ser y hacer, mientras se esfuerza por la totalidad y la santidad, lo que es compatible con un sufrimiento tolerable.
- La asistencia implica alivio del sufrimiento en la caridad, el amor, la fe y la esperanza. La asistencia básica natural se expresa a través de la inclinación, el juego y el aprendizaje en una relación de cuidados sostenida, la cual es asimétrica por naturaleza.

Ser humano

En la teoría de Eriksson, el concepto de ser humano se basa en el

axioma de que es una entidad formada por cuerpo, alma y espíritu (Eriksson, 1987b, 1988). Aunque Eriksson subraya que el ser humano es fundamentalmente un ser religioso, no todos los seres humanos reconocen esta dimensión. El ser humano es fundamentalmente sagrado y este axioma está relacionado con la idea de dignidad humana, que significa aceptar la obligación humana de servir con amor y de existir para los otros. Eriksson subraya la necesidad de entender el contexto ontológico del ser humano. El ser humano es considerado en constante transformación, está constantemente cambiando y, por tanto, nunca alcanza un estado de completa terminación. Es entendido en términos de las tendencias duales que existen en su interior, ocupado en una lucha continua y en vivir en tensión entre el ser y el no ser. Eriksson considera la libertad condicional del ser humano como una dimensión de la transformación. Relaciona su pensamiento con las ideas de Kierkegaard (1843/1943) de elección libre y decisión en los diversos estadios del ser humano –estadios estético, ético y religioso–; además, cree que el poder de transcendencia del ser humano es el fundamento de la libertad real. La tendencia dual del ser humano también surge de su esfuerzo por ser único, mientras desea pertenecer simultáneamente a una comunión más grande.

El ser humano depende fundamentalmente de la comunión; depende de otro, y el ser humano se forma a sí mismo y a su ser precisamente en la relación entre un otro concreto (ser humano) y un otro abstracto (alguna forma de Dios) (Eriksson, 1987b). El ser humano busca una comunión en la que pueda dar y recibir amor, experimentar fe y esperanza, y ser consciente de que su existencia tiene, aquí y ahora, un significado. Según Eriksson (1987a), el ser humano que encontramos en el cuidado es creativo e imaginativo, tiene deseos y aspiraciones, y es capaz de experimentar fenómenos; por tanto, una descripción del ser humano basada solo en sus necesidades es insuficiente. Cuando el ser humano entra en el contexto del cuidado, se convierte en paciente en el sentido original del concepto –un ser humano que sufre– (Eriksson, 1994a).

Enfermería

El amor y la caridad, o *caritas,* como motivo básico del cuidado ha sido una idea principal de los primeros trabajos de Eriksson (1987a, 1990, 2001). El motivo de la *caritas* puede rastrearse a través de la semántica, la antropología y la historia de las ideas (Eriksson, 1992c). La historia de las ideas indica que el fundamento de las profesiones asistenciales ha sido una inclinación a ayudar y abastecer a los que sufren (Lanara, 1981).

La *caritas* es el motivo del cuidado y a través de este es como alcanza su sentido más profundo. Según Eriksson, este motivo constituye también el núcleo de todo el desarrollo docente y de promoción en todos los tipos de relaciones humanas. En la *caritas* se combinan las dos formas básicas de amor: *eros* y *agapé* (Nygren, 1966). Al combinarse las dos formas de amor, la generosidad se convierte en una actitud del ser humano hacia la vida, y su forma de expresión es la alegría. El motivo de la *caritas* se hace visible en el cuidado en una actitud ética especial, o lo que Eriksson llama una *perspectiva caritativa,* que formula y especifica en una ética del cuidado caritativo (Eriksson, 1995). La *caritas* constituye la fuerza interna que se relaciona con la misión de asistir. Un cuidador se esfuerza en lo que Eriksson llama *claritas* o la fuerza y la luz de la belleza.

El cuidado es algo natural y original. Eriksson opina que la esencia del cuidado solo puede entenderse rastreando su origen. Este origen se encuentra en la fundación del concepto y en la idea del cuidado natural. Los fundamentos del *cuidado* natural están formados por la idea de maternidad, que implica limpieza y alimentación, y por un amor espontáneo e incondicional.

La asistencia básica natural se expresa a través de la inclinación, el juego y el aprendizaje en un espíritu de amor, fe y esperanza. Las características de la inclinación son el calor, la cercanía y el tacto; el juego es una expresión del ejercicio, las pruebas, la creatividad, la imaginación, los deseos y las aspiraciones; el aprendizaje aspira al crecimiento y al cambio. Tener inclinaciones, jugar y aprender implica compartir, y Eriksson (1987b) afirma que compartir es «la presencia con el ser humano, la vida y Dios» (pág. 38). Por tanto, el verdadero cuidado «no es una forma de conducta ni un sentimiento o un estado. Consiste en estar allí –es el modo, el espíritu en el que se hace, y este espíritu es caritativo–» (Eriksson, 1998, pág. 4).

Eriksson explica que el cuidado a través de las edades puede considerarse como diversas expresiones del amor y de la caridad, con un intento para aliviar el sufrimiento y servir a la vida y la muerte. En sus últimos textos, Eriksson subraya que el cuidado también puede considerarse como una búsqueda de la verdad, la bondad, la belleza y lo eterno, así como para lo que es permanente en la asistencia (y hacer que ello sea visible y evidente) (Eriksson, 2002). Eriksson destaca que el cuidado caritativo se relaciona con la parte más interior de la enfermería, y ha diferenciado la enfermería del cuidado *(caring nursing)* del *cuidado de la enfermera (nursing care).* Eriksson indica que el cuidado de la enfermera está basado en el proceso de cuidar, y que constituye un buen cuidado solo cuando está basado en la parte más interior de la enfermería. En cambio, la enfermería asistencial representa un tipo de asistencia sin prejuicio y en el que destaca el paciente y sus sufrimientos y deseos (Eriksson, 1994a).

El núcleo fundamental de la relación de cuidados entre enfermera y paciente, descrita por Eriksson (1993), es una invitación abierta que contiene la afirmación de que el otro siempre es bienvenido. La constante invitación abierta participa en lo que Eriksson (2003) actualmente denomina el *acto del cuidado.* Este expresa su espíritu más interno y reproduce el motivo básico de la *caritas.* El acto del cuidado expresa el elemento sagrado más profundo, la salvaguarda de la dignidad de todo paciente. En el acto de cuidar, se invita al paciente a un compartir o comunión auténtica para activar y vivificar los fundamentos del cuidado (Eriksson, 1987b) (es decir, que sean apropiados por el paciente). La apropiación tiene como consecuencia rehabilitar de algún modo al ser humano y hacerle genuinamente más humano. En un sentido ontológico, el objetivo último del cuidado no puede ser solo salud; llega más allá e incluye a la vida humana en su totalidad. Puesto que la misión del ser humano es servir, existir para los otros, el objetivo final del cuidado es llevar de nuevo al ser humano a realizarla (Eriksson, 1994a).

Entorno

Eriksson utiliza el concepto de *ethos* según la idea aristotélica (1935, 1997) de que la ética procede precisamente del mismo. En el sentido

de Eriksson, el *ethos* de la ciencia del cuidado, así como la asistencia misma, consiste en la idea de amor y caridad, y en el respeto y honor de la santidad y dignidad del ser humano. El *ethos* es el componente principal de todos los cuidados. *Ethos* es una ontología en la que existe «un deber interno hacia», un objetivo de la caridad «que posee su propio lenguaje y su propia clave» (Eriksson, 2003, pág. 23). El buen cuidado y el conocimiento verdadero se hacen visibles a través del *ethos.* Originalmente, *ethos* se refiere al hogar o sitio en el que el ser humano se siente como en casa. Simboliza un espacio interno del ser humano donde se manifiesta en su total desnudez (Lévinas, 1989). *Ethos* y ética son conceptos que van juntos, y en la cultura del cuidado se convierten en uno solo (Eriksson, 2003). Eriksson cree que *ethos* significa que nos sentimos llamados a servir a una tarea particular. Eriksson considera este *ethos* como el núcleo de la cultura del cuidado. El *ethos,* que representa la fuerza básica de la cultura de la asistencia, refleja la prioridad prevalente de valores a través de los que aparecen los fundamentos básicos de la ética, así como las acciones éticas.

A comienzos de los años noventa, cuando Eriksson reintrodujo la idea del sufrimiento como una categoría básica del cuidado, volvió a las condiciones históricas fundamentales de toda la asistencia, a la idea de la caridad como base para aliviar el sufrimiento (Eriksson, 1984, 1993, 1994a, 1997a). Esto implicó un cambio en la visión de la realidad del cuidado para centrarse en el ser humano en sufrimiento. Su punto de partida es que el sufrimiento constituye una parte inseparable de la vida humana y que carece de una definición o razón distinguible. Aunque como tal el sufrimiento no tiene significado, un ser humano puede atribuírselo reconciliándose con el mismo. Eriksson diferencia el sufrimiento tolerable del sufrimiento no tolerable; opina que un sufrimiento intolerable paraliza al ser humano y le impide desarrollarse, mientras que un sufrimiento tolerable todavía es compatible con la salud. Todo ser humano que sufre participa en un drama de sufrimiento. Aliviar el sufrimiento de un ser humano implica ser un coactor en el drama y confirmar así su sufrimiento. Un ser humano que sufre quiere que le confirmen el sufrimiento que padece y que le den espacio y su tiempo para reconciliarse con él. El objetivo final del cuidado es aliviar el sufrimiento. Eriksson ha descrito tres formas diferentes: el

sufrimiento relacionado con la enfermedad, el sufrimiento relacionado con el cuidado y el sufrimiento relacionado con la vida (Eriksson, 1993, 1994a, 1997a).

Salud

En muchos de sus primeros escritos, Eriksson considera la salud según un análisis del concepto en que la define como firmeza, frescor y bienestar. Subraya intensamente la dimensión subjetiva o bienestar (Eriksson, 1976). En el axioma actual de salud, *salud* implica un sentido de totalidad en el cuerpo, el alma y el espíritu. Como concepto puro, *salud* significa totalidad y santidad (Eriksson, 1984). De acuerdo con su visión del ser humano, Eriksson ha desarrollado varias premisas respecto a la esencia y las leyes de la salud, que se han añadido a un modelo de salud ontológico. Eriksson considera la salud como movimiento y como integración. La premisa de la salud es un movimiento que comprende varias premisas parciales: la salud como movimiento implica un cambio; se forma o destruye un ser humano, pero nunca completamente; la salud es un movimiento entre lo potencial y lo real; la salud es un movimiento en el tiempo y en el espacio; la salud como movimiento depende de la fuerza vital, de la vitalidad del cuerpo, el alma, el espíritu; la dirección de este movimiento está determinada por los deseos y necesidades del ser humano; la voluntad para encontrar el significado, la vida y el amor constituyen la fuerza de energía del movimiento, y la salud como movimiento se esfuerza hacia la realización de la potencialidad de uno mismo (Eriksson, 1984).

En el concepto ontológico, la salud se concibe como una transformación, un movimiento hacia una totalidad y santidad más profundas. Cuando se alcanza el potencial de salud interno de un ser humano, tiene lugar un movimiento que, en las diferentes dimensiones de salud, se hace visible como *hacerse, ser* y *transformarse* en una totalidad única para los seres humanos (Eriksson, Bondas-Salonen, Fagerström et al., 1990). En el hacer, los pensamientos de la persona relativos a la salud se centran en los hábitos de vida sanos y evitan la enfermedad; en el ser, la persona lucha para conseguir equilibrio y armonía; en la transformación, el ser humano entra en un nivel de integración más profundo.

Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos esenciales de Eriksson conectan cuatro niveles de conocimiento: el metateórico, el teórico, el tecnológico y el artístico. Aunque la generación de la teoría tiene lugar a través de un movimiento dialéctico entre estos niveles, en este caso la idea epistemológica básica es la deducción (Eriksson, 1981). La teoría científica para la ciencia del cuidado, que contiene perspectivas epistemológicas, lógicas y éticas fundamentales, está construida a nivel de metateoría. Eriksson (1988), como Nygren (1972), considera el motivo básico como el elemento que facilita la formación del conocimiento a todos los niveles y que proporciona al conocimiento científico sus características peculiares. Una ontología claramente formulada constituye el fundamento tanto de la teoría del cuidado caritativo como de la ciencia del cuidado como disciplina. Las características de la teoría del cuidado caritativo son el motivo de la *caritas*, el *ethos* del amor y la caridad, y el respeto y reverencia para la dignidad y santidad humanas, que determinan en definitiva la naturaleza del cuidado. Este *ethos*, que rodea al cuidado como ciencia y como arte, facilita la cultura del cuidado y crea las precondiciones para este. El *ethos* se refleja en el proceso del cuidado de enfermería, en la documentación y en los diversos modelos de planificación asistencial.

La comunión asistencial representa el contexto a partir del cual se entienden los conceptos teóricos. El sufrimiento humano, que constituye la categoría básica del cuidado y emplaza al cuidador al cuidado verdadero (es decir, servir con amor y caridad). En el acto de cuidar, el ser humano que sufre (o paciente) es invitado y bienvenido a la comunión asistencial, en la que el sufrimiento puede aliviarse a través de un acto de cuidar que es único para el drama que vive cada ser individual. Aliviar el sufrimiento implica que el cuidador es un coactor en el drama, confirma el sufrimiento del paciente y cede suficiente tiempo y espacio para sufrir hasta alcanzar la reconciliación. La reconciliación es el último objetivo de la salud o ser, e implica el restablecimiento de la totalidad y santidad (Eriksson, 1997a).

Planteamiento lógico

La metateoría ha tenido siempre un lugar fundamental en el pensamiento de Eriksson, y su trabajo epistemológico se basa en la teoría aristotélica del conocimiento (Aristóteles, 1935). Buscar el conocimiento, que es intrínsecamente hermenéutico y que ha tenido lugar en el ámbito de una perspectiva teórica estructurada, significa una búsqueda del texto original en una tradición histórico-hermenéutica, es decir, lo que en el sentido hermenéutico antiguo representa la verdad (Gadamer, 1960/1994). Para alcanzar la profundidad en el desarrollo del conocimiento y de la teoría en la que tanto se ha esforzado, Eriksson ha utilizado diversos modelos lógicos guiados por los principios hermenéuticos y el método hipotético deductivo.

Eriksson destaca la importancia de la forma lógica que se ha creado sobre la base del cuidado (es decir, la *caritas*) y no sobre la base del método. Por tanto, lo que ha creado la guía lógica es la deducción combinada con la abducción. El lenguaje, las palabras y los conceptos son los portadores del contenido del significado, y Eriksson subraya la necesidad de escoger unas palabras, conceptos y lenguaje que se correspondan con la ciencia humana.

En el cambio dinámico entre el mundo natural y el mundo de la ciencia se ha producido constantemente una competición por alcanzar la fuente de la verdad, la belleza y el bien –que es evidente–. Eriksson (1999) perfila su teoría del pensamiento científico, en la que la reflexión se mueve entre patrones a diferentes niveles y la interpretación es sometida a una perspectiva teórica. El movimiento se produce claramente entre la *doxa* (conocimiento empírico-perceptivo), la *episteme* (conocimiento racional-conceptual) y el «infinito». Por tanto, el movimiento aparece entre las dos categorías epistemológicas básicas de la teoría del conocimiento: la percepción y la concepción.

Eriksson ha aplicado tres formas de inferencia –deducción, inducción y abducción o retroducción– (Eriksson y Lindström, 1997) que han dado una estructura lógica externa a la teoría. La esencia de su teoría del cuidado ha surgido simultáneamente gracias a unos saltos de abducción (Eriksson y Lindström, 1997; Peirce, 1990) que, en ocasiones, han originado un

nuevo caos, pero que asimismo han llevado el pensamiento de Eriksson hacia nuevos descubrimientos. Gracias a la abducción se ha perfilado el modelo ideal del cuidado caritativo, a partir de suposiciones históricas y evidentes por sí mismas (Nygren, 1972). De este modo, Eriksson ha utilizado antiguos textos originales para testificar el cuidado caritativo como material de investigación. Asimismo, mediante la inducción y la deducción se ha evaluado la validez de la teoría.

Teoría, tal como la concibió Eriksson, coincide con el concepto griego de teoría *(theoria)* en el sentido de ver cómo lo bello y lo bueno participan de lo común y lo dedican a otras personas (Gadamer, 2000, pág. 49). La teoría y la práctica son aspectos diferentes de una misma esencia central. La fuerza convincente y el potencial de toda la teoría se encuentran en su núcleo más interno, la *caritas,* alrededor del cual se genera la teoría. La esencia del cuidado se forma en un movimiento dialéctico entre lo potencial y lo real, lo general abstracto y lo individual concreto. Con la ayuda del pensamiento lógico abstracto, combinado con la lógica del corazón (Pascal, 1971), la teoría del cuidado caritativo se hace presente a través del arte del cuidado.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

Un rasgo característico del modo de trabajar de Eriksson es su forma de estructurar el pensamiento abstracto como un prerrequisito obvio y natural de la actividad clínica y como una forma de cuidado basada en datos científicos y que inaugura una mayor comprensión. Varias unidades de enfermería de los países escandinavos han basado su práctica y su filosofía asistencial en las ideas y la teoría del cuidado caritativo de Eriksson. Entre ellas figuran varios centros del distrito hospitalario de Helsinki y Uusimaa en Finlandia, Stiftelsen Hemmet en las islas Åland finlandesas y Stora Sköndal en Suecia. Dado que el pensamiento y el modelo del cuidado de Eriksson son generales, el modelo de proceso de cuidado enfermero ha demostrado ser aplicable en todos

los contextos asistenciales, desde el cuidado clínico agudo y la atención psiquiátrica hasta la medicina preventiva y de promoción de la salud.

Desde los años setenta, el modelo de proceso asistencial enfermero de Eriksson ha sido asimismo utilizado, evaluado y desarrollado como base de documentación y de atención enfermera en el Helsinki University Central Hospital. Desde comienzos de los años noventa, Eriksson ha sido directora del programa de investigación clínica «In the World of the Patient». La teoría de Eriksson se ha evaluado en varios estudios; sus resultados se han presentado en tesis doctorales y disertaciones de másteres, y han aparecido en publicaciones científicas y profesionales. Del estudio «In the Patient's World II: Alleviating the Patient's Suffering—Ethics and Evidence» se obtendrán recomendaciones para el cuidado de los pacientes, y es un proyecto de investigación en curso que, con el tiempo, se convertirá en una guía de referencia de la ciencia del cuidado clínico.

El modelo de Eriksson ha sido sometido a una investigación académica más exhaustiva (Fagerström, 1999; Kärkkäinen y Eriksson, 2003, 2004; Lukander, 1995; Turtiainen, 1999). El pensamiento de Eriksson ha influido en los campos del liderazgo y la administración enfermeros, en los que la teoría caritativa de la enfermería representa el núcleo de desarrollo de liderazgo en los diversos niveles de la organización enfermera. El hecho de que el modelo de proceso de cuidados y las ideas de Eriksson sobre el cuidado funcionen en la práctica ha sido comprobado en muchos ensayos y pruebas de aprendizaje en la práctica clínica y tesis de máster, licenciatura y doctorado realizadas en los países escandinavos.

Formación

Desde los años setenta, la teoría de Eriksson ha sido integrada en la formación de las enfermeras en diversos niveles; asimismo, sus libros han sido incluidos sin interrupción en diversas formas de la educación enfermera de los países escandinavos. La formación para el doctorado y el máster iniciada en 1986 en el Departamento de Ciencia del Cuidado de la Åbo Akademi University se ha basado

completamente en las ideas de Eriksson; asimismo, su teoría del cuidado caritativo representa la parte fundamental del desarrollo de la materia tanto en educación como en investigación.

El desarrollo de la didáctica asistencial y del plan de estudios centrado en la ciencia del cuidado prosiguió en el programa de investigación y formación en la didáctica de la ciencia del cuidado. La aparición de profesoras enfermeras forma parte del programa de máster y ha hecho que aparezca la primera tesis doctoral sobre didáctica de la ciencia del cuidado (Ekebergh, 2001).

Eriksson comprendió muy precozmente la importancia de integrar los cursos académicos en la educación de las enfermeras; así, hoy día los cursos académicos sobre ciencia del cuidado basados en la teoría de Eriksson se ofrecen como una parte más de la educación continuada de las enfermeras que trabajan en la práctica clínica. En estos cursos académicos participan anualmente unas 200 enfermeras.

Dado que Eriksson considera la ciencia del cuidado no como una disciplina orientada a la profesión, sino como una disciplina académica «pura», ha despertado el interés de estudiantes de otras disciplinas o grupos laborales, como profesores, asistentes sociales, psicólogos y teólogos. Eriksson subraya que es necesario que también los médicos estudien la ciencia del cuidado, para poder conseguir así una auténtica cooperación interdisciplinaria entre esta ciencia y la medicina.

Investigación

Eriksson y sus colegas docentes y de investigación del Departamento de Ciencia del Cuidado han diseñado un programa de investigación basado en su propia experiencia. Este programa comprende la ciencia del cuidado sistemático, la ciencia del cuidado clínico, la didáctica, la administración y la investigación interdisciplinaria. La teoría del cuidado caritativo de Eriksson ha sido evaluada y posteriormente desarrollada en diversos contextos con diferentes enfoques metodológicos, tanto dentro de los propios proyectos de investigación del departamento como en las tesis doctorales que se han publicado en el departamento.

Eriksson ha subrayado siempre la importancia de la investigación

básica y su necesidad en la investigación clínica; su tesis principal es que la sustancia es la que debe orientar la elección del método de investigación. En su libro *Pausen (La pausa)* (Eriksson, 1987a) describe cómo se estructura el objeto de investigación, empezando por la teoría del cuidado caritativo; asimismo, en su libro *Broar (Puentes)* (Eriksson, 1991) describe el paradigma de investigación y los diversos abordajes metodológicos basados en una perspectiva científica humanista. Durante los primeros años, el énfasis recae en la investigación básica, con hincapié en el desarrollo de los conceptos básicos, suposiciones de la teoría y fundamentos sobre la historia y la historia de las ideas. Un punto especialmente sólido en la investigación de Eriksson es una perspectiva teórica claramente formulada y que confiere una mayor claridad y profundidad al conocimiento. Desde su aparición, la teoría y la investigación siempre se han movido juntas y con el punto de mira en las diversas dimensiones de aquella, y en esta conexión se deben ilustrar algunos resultados centrales de la investigación.

Eriksson ha destacado la necesidad de llevar a cabo un análisis sistemático y exhaustivo de los conceptos básicos; además, ha elaborado su propio modelo de desarrollo conceptual (Eriksson, 1991, 1997b); este modelo ha demostrado ser muy útil y ha sido utilizado por numerosos investigadores, como Nåden (1998) en su estudio sobre el arte del cuidado, von Post (1999) en su estudio del concepto del cuidado natural, Sivonen (2000) en los estudios de los conceptos de alma y espíritu, y Kasén (2002) en su estudio del concepto de la relación asistencial. Asimismo, otros estudios se han centrado en el concepto de dignidad (Edlund, 2002), poder y autoridad (Rundqvist, 2004), y en el cuerpo en un contexto perioperatorio (Lindwall, 2004).

En el proyecto de investigación Den Mångdimensionella Hälsan («salud multidimensional»), realizado entre 1987 y 1992, Eriksson desarrolló el concepto de salud y elaboró un modelo ontológico (Eriksson, 1994a; Eriksson et al., 1990; Eriksson y Herberts, 1992). El proyecto culminó en diversas tesis de máster. De ellas, fueron tesis doctorales el estudio de Lindholm sobre la concepción de la salud por la gente joven (1998; Lindholm y Eriksson, 1998) y el estudio de Bondas sobre la salud de las mujeres durante el período perinatal (2000; Bondas y Eriksson, 2001).

El modelo ontológico de salud fue posteriormente la base de varios estudios. En su estudio sobre la salud laboral, Wärnå (2002) relacionó la teoría aristotélica de la virtud con el modelo ontológico de salud de Eriksson. El estudio abrió una nueva línea de pensamiento en el ámbito de la prevención de salud en el ambiente laboral; asimismo, en varias fábricas finlandesas de procesado de la madera se están realizando aún progresos e investigaciones al respecto.

Desde mediados de los años ochenta, cuando en la teoría de Eriksson resultó evidente el sufrimiento como la categoría básica de la asistencia, se han publicado numerosas investigaciones sobre el tema. Una de ellas es el estudio de Wiklund (2000) del sufrimiento como lucha y drama en pacientes sometidos a cirugía de derivación coronaria y en pacientes drogodependientes. En diversos estudios clínicos, Råholm se centró en el sufrimiento y su alivio en pacientes sometidos a cirugía de derivación coronaria (Råholm, 2003; Råholm, Lindholm y Eriksson, 2002). Fredriksson ha estudiado la manifestación del sufrimiento en un contexto psiquiátrico y ha demostrado las posibilidades que tiene la conversación para aliviar el dolor (Fredriksson, 2003; Fredriksson y Eriksson, 2003; Fredriksson y Lindström, 2002). Nyback (2008) estudió el sufrimiento en la cultura china, y Lindholm (2008) se centró en el sufrimiento y su relación con la violencia doméstica. En un estudio noruego, Nilsson (2004) examinó el sufrimiento en pacientes con importantes trastornos de salud mental atendidos en unidades psiquiátricas no institucionalizadas, y comprobó que la experiencia de la soledad tiene una importancia básica. En su estudio, Caspari (2004) demostró asimismo la importancia de la estética en la salud y el sufrimiento.

En un proyecto de cooperación entre investigadores suecos y finlandeses se ha estudiado el sufrimiento de las mujeres con cáncer de mama. Este proyecto incluye estudios de intervención, en los que se ha demostrado la importancia de las diferentes formas de cuidados para aliviar el sufrimiento (Arman et al., 2002; Arman-Rehnsfeldt y Rehnsfeldt, 2003; Lindholm, Nieminen, Mäkelä y Rantanen-Siljamäki, 2004). En su tesis, Arman-Rehnsfeldt demostró cómo se forma entre estas mujeres el drama del sufrimiento (Arman, 2003).

Desde los años setenta se han llevado a cabo continuas investigaciones considerando a la ciencia del cuidado como una disciplina académica; además, también se ha formulado una teoría científica para la misma (Eriksson, 1988, 2001; Eriksson y Lindström, 2000; 2003; Lindström, 1992). Asimismo, Eriksson ha elaborado subdisciplinas de la ciencia del cuidado, lo que significa que investigadores de esta ciencia y de otras disciplinas científicas dialogan entre sí y forman una unidad de investigación. Un ejemplo de ello es el desarrollo de la ética del cuidado caritativo (Andersson, 1994; Eriksson, 1991; 1995; Fredriksson y Eriksson, 2001; Råholm y Lindholm, 1999; Råholm, Lindholm y Eriksson, 2002). Otra interesante subdisciplina desarrollada por Eriksson es la teología del cuidado, en la que ha estructurado cuestiones espirituales y doctrinales junto con un grupo científico de temas; en este sentido, ha abierto el camino para la aparición de un pensamiento nuevo. Actualmente, la teología del cuidado ha despertado gran interés entre los cuidadores en la práctica clínica y ya puede estudiarse en cursos académicos.

Evolución

Eriksson continúa desarrollando su pensamiento y la teoría del cuidado caritativo con energía constante y encontrando continuamente nuevos caminos y reformando y profundizando en los conceptos ya establecidos. La investigación sistemática y el desarrollo de la teoría del cuidado caritativo, al igual que la disciplina de la ciencia de cuidados, se localizan principalmente en el ámbito de los programas de investigación de su propio departamento, con sus ayudantes y grupos de posgraduados. Los temas de los candidatos al doctorado están relacionados con los programas de investigación y constituyen una importante contribución del conocimiento al desarrollo en curso del pensamiento de Eriksson.

Durante los últimos años, Eriksson ha subrayado la necesidad de realizar investigación básica en la ciencia del cuidado, en la que ha destacado especialmente la comprensión del objeto de la investigación, la realidad a la que se está asistiendo. Eriksson describe el objeto de investigación desde tres puntos de vista: el

mundo experimentado, la praxis como actividad y la realidad real. En la realidad real, que implica los atributos del misterio, uno se encuentra con parte del potencial más profundo del cuidado; es una realidad que puede entenderse en el sentido de Gadamer, en el antiguo significado griego de *praxis,* como modo de vida, modo de ser, es decir, como una ontología (Gadamer, 2000). En la ciencia del cuidado, el desarrollo del conocimiento es fundamentalmente distinto dependiendo del objeto de conocimiento que se está investigando (Eriksson y Lindström, 2003). Otra área central de interés para Eriksson (2003) es la formada por la aparición de la ética asistencial caritativa. La teoría del cuidado caritativo experimenta un desarrollo continuado gracias a su aplicación y a las pruebas efectuadas en diversos contextos clínicos.

Crítica

Claridad

El punto fuerte de la teoría de Eriksson es su estructura lógica global, en la que cada concepto nuevo se incorpora en un todo siempre más exhaustivo, donde se aprecia claramente un elemento de lógica interna. Su tesis principal ha sido siempre que será necesaria una claridad conceptual básica antes de desarrollar los rasgos contextuales de la teoría. Como métodos centrales, Eriksson ha utilizado el análisis de conceptos y el análisis de ideas, lo que se asocia con claridad estructural y semántica. Esto quiere decir que los conceptos pueden haber asumido dimensiones consideradas extrañas para las personas no habituadas a la perspectiva teórica de desarrollo de esta teoría. Tras tener la oportunidad de revisar el trabajo de Eriksson, nos damos cuenta de que su forma de pensamiento forma un todo lógico, en el que la información científica abstracta revela una nueva comprensión concreta (es decir, aporta la experiencia de la evidencia y verifica la fuerza de convicción de la teoría).

Sencillez

La claridad teórica de la teoría de Eriksson refleja la sencillez de su

teoría, al mostrar lo general como un todo conceptual lógico y claro. El abordaje hermenéutico ha profundizado en la comprensión de la materia y, por tanto, ha contribuido a la sencillez de la teoría (Gadamer, 1960/1994). La sencillez también puede entenderse como una expresión del concepto de teoría de Gadamer, al dar a entender que la teoría y la práctica van juntas y que reflejan los dos lados de una misma realidad. Eriksson está de acuerdo con el pensamiento de Gadamer relativo a que la comprensión incluye la aplicación, y en que la teoría abre un modo para profundizar en la participación y la comunión. Eriksson (2003) formula este proceso al afirmar que «los ideales llegan a la realidad y la realidad llega a los ideales» (pág. 26).

Generalidad

La teoría de Eriksson es general en el sentido de que su objetivo es crear una base ética y ontológica del cuidado y constituye el núcleo de la disciplina e implica también a la epistemología. La teoría de Eriksson es general como resultado de la amplia fuerza convincente que recibe a través de sus conceptos teóricos fundamentales, así como de sus axiomas y tesis. Eriksson ha subrayado la importancia de describir los conceptos fundamentales en un nivel de abstracción óptimo para incluir la compleja realidad del cuidado, que, al mismo tiempo, implica un alto grado de significación que facilita el conocimiento en diversos contextos asistenciales.

Accesibilidad

El pensamiento de Eriksson como un todo ha alcanzado una comprensión que se extiende también a otras disciplinas y profesiones. Ha desarrollado un lenguaje y una retórica que llega tanto a investigadores como a profesionales de las ciencias humanas. La precisión empírica de la teoría de Eriksson demostrada en múltiples pruebas deductivas manifiesta una combinación de claridad, sencillez y generalidad, junto con una rica sustancia y un *ethos* claramente formulado.

Importancia

El trabajo de Eriksson en el desarrollo de su teoría del cuidado caritativo ha resultado fructífero durante 30 años, y existe una abundante evidencia de que su pensamiento tiene importancia para la práctica clínica, la investigación y la formación, así como para el desarrollo de la disciplina del cuidado. Mediante su desarrollo de la teoría del cuidado caritativo, Eriksson creó su propia tradición en las ciencias del cuidado, una tradición que se ha desarrollado con fuerza y que ha fijado el tono de los avances en enfermería y la ciencia del cuidado.

Resumen

Durante muchos años, Eriksson ha sido una guía y visionaria que se ha anticipado y ha «labrado nuevos surcos» en el campo teórico. Su teoría del cuidado basado en la *caritas* y su pensamiento científico global sobre el cuidado se han desarrollado en un marco temporal de 30 años. Aunque está trabajando a nivel abstracto en el desarrollo de conceptos y teorías, la teoría tiene sus raíces típicamente en la realidad clínica y la docencia, donde la teoría caritativa y de cuidados presenta un carácter definido y adquiere un significado más profundo. El objetivo final del cuidado es aliviar el sufrimiento y servir a la vida y la salud.

La formación del conocimiento, que Eriksson considera como una espiral hermenéutica, comienza con la idea de que la ética precede a la ontología. En concreto, ello implica que el pensamiento de la dignidad y la santidad humana se mantiene siempre vivo en todas las fases de la búsqueda del conocimiento. La ética precede a la ontología tanto en la teoría como en la práctica.

La tradición científica del cuidado de Eriksson y la disciplina de la ciencia del cuidado forman la base de la actividad del Departamento de la Ciencia del Cuidado en la Åbo Akademi University. Asimismo, la teoría del cuidado caritativo de Eriksson y la disciplina de la ciencia del cuidado han inspirado a numerosos autores y se utilizan como base para la investigación, la educación y la práctica clínica. Muchos de sus manuales originales, publicados principalmente en sueco, se han traducido al finlandés, al noruego y al danés.

Caso clínico

El caso presentado es una filosofía de la práctica, de Ulf Donner, director de la Foundation Home del sanatorio psiquiátrico de Finlandia, que, durante 15 años, ha trabajado haciendo uso de la teoría del cuidado caritativo de Eriksson.

Incluso en un estadio precoz de nuestro trabajo como cuidadores, nos reconocemos ya en la teoría de la ciencia del cuidado, que destaca la fuerza curadora del amor y de la compasión en forma de inclinación, juego y aprendizaje en un espíritu de fe, esperanza y caridad. La cultura caritativa se hace visible con la ayuda de rituales, símbolos y tradiciones, por ejemplo, con la idea de la Trinidad y el tiempo diario dedicado a la reflexión espiritual. Al encontrarse con un ser humano en sufrimiento, se lucha por los atributos del amor y de la caridad; también se analizan aspectos como la reconciliación, el perdón y el modo en que los cuidadores podemos servir mediante la nutrición y limpieza a nivel de hacerse, ser y transformarse. En la lucha del amor y la compasión para llegar a un ser humano que ha sido apartado de la comunión a causa del sufrimiento, existe siempre el esfuerzo del cuidador para encontrar nuevos horizontes.

Trabajamos con personas que, a menudo, piensan no merecer el amor que encuentran y que intentan convencernos de ello a nosotros, los cuidadores. También nosotros sufrimos el desengaño de los actos destructivos de los pacientes y debemos constantemente recordar que esta dinámica tiene su origen en promesas rotas. En ocasiones, es difícil reconocer que el sufrimiento expresado de este modo abstracto busca un abrazo que no soluciona, pero que es lo bastante fuerte como para dar un abrigo y ofrecer un movimiento de transformación. Al reconocer lo que es malo y lo que es difícil, los horizontes del campo de fuerzas se amplían, y se abren las posibilidades de traer un rayo de luz y de esperanza.

Como cuidadores, nos preguntamos constantemente si las palabras, el lenguaje que usamos, se asocian con promesas, así como si podemos crear en el vacío unos puntos de apoyo lingüísticos mediante imágenes y símbolos. En nuestro esfuerzo para alimentar y purificar lo que constituye el movimiento básico de la inclinación, con frecuencia reconocemos la importancia de enseñar al paciente a ser capaz de acongojarse por las desilusiones y

de afirmar las posibilidades del perdón en el movimiento de la reconciliación.

También intentamos llevar al ser humano que sufre una invitación abierta para formar una comunión, con la ayuda de mitos, leyendas y relatos relacionados con cuestiones humanas sobre el bien contra el mal y sobre la eternidad y el infinito. Leer en alto y hacer frecuentes períodos de reflexión nos proporciona a menudo la posibilidad de acercarnos a los pacientes, aunque sin estar excesivamente cerca de ellos, así como de abrir una puerta para liberar el sufrimiento del paciente.

En el acto del cuidado, nos esforzamos por estar cara a cara con el paciente y mantener una actitud de confirmación que responda a la llamada que nos dirige. Cuando, como cuidadores, respondemos a la llamada del paciente buscando caridad, nos enfrentamos a la tarea de confirmar la santidad del otro como ser humano. Nuestro esfuerzo constante debe dirigirse a conseguir que el paciente recupere su dignidad, consiga su misión humana y acceda a una verdadera comunión.

Actividades de pensamiento crítico

1. Reflexione sobre el significado de la *caritas* como *ethos* del cuidado:
    a. ¿Cómo se forma una cultura de la *caritas* en un ámbito asistencial?
    b. ¿Cómo aparecen en el cuidado elementos caritativos?
    c. ¿Cuál es la naturaleza de la ética de la enfermería basada en la *caritas*?
2. La salud y el sufrimiento son condiciones previas mutuas. Piense en su significado en la vida de un paciente al que cuidó en fechas recientes.
3. ¿Es capaz de reconocer los elementos del cuidado –fe, esperanza, amor e inclinación, juego y aprendizaje– en una situación de cuidados concreta? Proporcione ejemplos.
4. El sufrimiento como consecuencia de una ausencia de cuidado caritativo constituye una violación de la dignidad del ser humano. Imagine una situación en la que esto ocurra,

y piense qué se puede hacer para prevenir este sufrimiento relacionado con el cuidado.

Referencias para ampliar conocimientos

- Eriksson, K. (2007). The theory of caritative caring: A vision. *Nursing Science Quarterly, 20*(3), 201–202.
- Eriksson, K. (2006). *The suffering human being*. Chicago: Nordic Studies Press. [Traducción al inglés de *Den Lidande Människan. Stockholm:* Liber Förlag, 1994.]
- Eriksson, K. (2010). Concept determination as part of the development of knowledge in caring science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24,* 2–11.
- Eriksson, K. (2010). Evidence—To see or not to see. *Nursing Science Quarterly, 23*(4), 275–279.
- Para más bibliografía e información, visite nuestra página web: http://www.abo.fi/institution/vardvetenskap.

Bibliografía*

Andersson M. *Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 1994: [Integrity as a concept, as a principle in health care ethics. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.].

Aristotle. *Metaphysics, X-XIV oeconomica magna moralia*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1935: (H. Tredennick & G. C. Armstrong, Trans.).

Aristotle. *Den nikomachiska etiken*. Gothenburg, Sweden: Daidalos; 1993: [The nicomachean ethics (M. Ringbom, Trans. & Commentary). Gothenburg, Sweden: Daidalos.].

Aristotle. *Retoriikka*. Helsinki, Finland: Gaudeamus; 1997: [Rhetoric (P. Hohti, Trans.) Helsinki, Finland: Gaudeamus.].

Arman M. *Lidande i existens i patientens värld—Kvinnors upplevelser av att leva med bröstcancer*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2003: [Suffering and existence in the patient's world—Women's experiences of living with breast cancer. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E. The face of suffering

among women with breast cancer—being in a field of forces. *Cancer Nursing*. 2002;25(2):96–103.

Arman-Rehnsfeldt M, Rehnsfeldt A. Vittnesbördet som etisk grund i vårdandet. In: Eriksson IK, Lindström UÅ, eds. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s. 109–121)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 2003: [Bearing witness as an ethical base in caring. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 109–121). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Barbosa da Silva A. *Vetenskap och människosyn i sjukvården: en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*. Stockholm: Svenska hälso och sjukvårdens tjänstemannaförbund, (SHSTF); 1993: [Science and view of human nature in nursing: An introduction to philosophy of science and caring ethics. Stockholm: Svenska hälso och sjukvårdens tjänstemannaförbund, (SHSTF).].

Berdâev NA. *Historiens mening: ett försök till en filosofi om det mänskliga ödet*. Skellefteå, Sweden: Artos; 1990: [The meaning of history: An attempt at philosophy of human fate. Skellefteå, Sweden: Artos.].

Bondas T. *Att vara med barn: en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2000: [To be with child: A study of women's lived experiences during the perinatal period from a caring science perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Bondas T, Eriksson K. Women's lived experiences of pregnancy: A tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research*. 2001;11(6):824–840.

Caspari S. *Det Gyldne snitt. Den estetiske dimensjon et etisk anliggende*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Academis Förlag; 2004: [The golden section. The aesthetic dimension—A source of health. Doctoral dissertation. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Edlund M. *Människans värdighet—Ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2002: [Human dignity—A basic caring science concept. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Ekebergh M. *Tillägnandet av vårdveteskaplig kunskap. Reflexionens betydelse för lärandet*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2001: [Acquiring caring science knowledge—The importance of reflection for learning. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Eriksson K. *Vårdprocessen (kompendium)*. Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut; 1974: [The nursing care process (Compendium). Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.].

Eriksson K. *Hälsa.En teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsan och dess natur som mål för hälsovårdsedukation*. Licentiatavhandling, Helsinki, Finland: Institutionen för pedagogik, Helsingfors universitet; 1976: [Health. A conceptual analysis, theoretical study of health, its nature as a goal for health care education. Unpublished Licentiate thesis, Helsinki, Finland, Department of Education, University of Helsinki.].

Eriksson K. *Vårdprocessen—En utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklande av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen, n. 94*. Helsinki, Finland: Helsingfors universitet, Pedagogiska Institutionen; 1981: [The nursing care process—An approach to curriculum construction within nursing education. The development of a model for the nursing care process and an approach for curriculum development based on the process of nursing care (No. 94). Helsinki, Finland: Department of Education, University of Helsinki.].

Eriksson K. *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1984: [The idea of health. Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist, Wiksell; 1987: [The pause, A description of the knowledge object of caring science. Stockholm, Almqvist, Wiksell.].

Eriksson K. *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1987: [The idea of caring. Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Vårdvetenskap som disciplin, forsknings—och tillämpningsområde (Vårdforskningar 1/1988)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1988: [Caring science as a discipline, field of research and application (Caring research 1/1988). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K. Caring paradigms. A study of the origins and the development of caring paradigms among nursing students. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1989;3(4):169–176.

Eriksson K. *Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård. Vårdforskningar 2/1990*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1990: [Caritative caring—A positional analysis. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K. *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1991: [Bridges. Introduction to the methods of caring science (test ed.). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K. The alleviation of suffering—The idea of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1992;6(2):119–123.

Eriksson K. Different forms of caring communion. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5:93.

Eriksson K. Nursing: The caring practice "being there". In: Gaut D, ed. *The practice of caring in nursing (201-210)*. New York: National League for Nursing Press; 1992.

Eriksson K. Lidandets idé. In: Eriksson IK, ed. *Möten med lidanden. Vårdforskning 4/1993 (s. 1-27)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1993: [The idea of suffering. In K. Eriksson (Ed.), Encounters with suffering (pp. 1–27). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K. *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Förlag; 1994: [The suffering human being. Stockholm: Liber Förlag.] [English translation published in 2006 by Nordic Studies Press, Chicago.].

Eriksson K. Theories of caring as health. In: Gaut D, Boykin A, eds. *Caring as healing: Renewal through hope*. New York: National League for Nursing Press; 1994:3–20.

Eriksson K, ed. *Mot en caritativ vårdetik (Vårdforskning 5/1995)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1995: [Toward a caritative caring ethic (Caring research 5/1995). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K. Caring, spirituality and suffering. In: Roach MS, ed. *Caring from the heart: The convergence between caring and spirituality*. New York: Paulist Press; 1997:68–84.

Eriksson K. Perustutkimus ja käsiteanalyysi. In: Paunonen IM, Vehvilänen-Julkunen J, eds. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka (s. 50-75)*. Helsinki Porvoo, Finland: WSOY; 1997: [Basic research and concept analysis. In M. Paunonen & J. Vehvilänen-Julkunen, The research methodology of caring science (pp. 50–75). Helsinki Porvoo, Finland: WSOY.].

Eriksson K. Understanding the world of the patient, the suffering human being: The new clinical paradigm from nursing to caring. In: Guzzetta CE, ed. *Essential readings in holistic nursing*. Gaithersburg, MD: Aspen; 1998:3–9.

Eriksson, K. (1999, November). Teoriutveckling inom vårdvetenskapen. Human vetenskaplig angreppspunkt. Stockholm: Nordisk Akademi för Sykepleievitenskap, Kongress i Stockholm. [*Theory development in caring science. A humanistic approach*. Stockholm: Nordisk Akademi for Sykepleievitenskap, Kongress i Stockholm.]

Eriksson K. *Vårdvetenskap som akademisk disciplin (Vårdforskning 7/2001)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 2001: [Caring science as an academic discipline (Caring research 7/2001). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K. Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(1):61–65.

Eriksson K. *Ethos. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s. 21–34)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 2003: [Ethos. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 21–34). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K, Bondas-Salonen T, Fagerström L, et al. *Den mångdimensionella hälsan—En pilotstudie över uppfattningar bland patienter, skolungdomar och lärare (Projektrapport)*. Vaasa, Finland: Vasa Sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1990: [Multidimensional health—A pilot study of how patients, school students, and teachers experience health (Project Rep. 1). Vaasa, Finland: Vasa Sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.].

Eriksson K, Herberts S. *Den mångdimensionella hälsan. En studie av hälsobilden hos sjukvårdsledare och sjukvårdspersonal (Projektrapport 2)*. Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1992: [The multidimensional health. A study of the view of health among health care leaders, health care personnel (Project Rep. 2). Vaasa, Finland, Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.].

Eriksson K, Lindström UÅ. Abduction—A way to deeper understanding of the world of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1997;11(4):195–198.

Eriksson K, Lindström UÅ. Siktet, sökandet, slutandet—Om den vårdvetenskapliga kunskapen. In: Eriksson IK, Lindström UÅ, eds. *Gryning—En vårdvetenskaplig antologi (s. 5-18)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 2000: [In the prospect of, searching for, and ending of—The caring science knowledge. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn. An anthology of caring science (pp. 5–18). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K, Lindström UÅ. Klinisk vårdvetenskap. In: Eriksson IK, Lindström UÅ, eds. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s. 3-20)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 2003: [Clinical caring science. In K. Eriksson & U. Å. Lindström (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 3–20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson K, Nordman T. *Trojanska hästen II. Utvecklande av evidensbaserade vårdande kulturer*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 2004: [Trojan Horse II. The development of evidence-based caring cultures. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi University.].

Eriksson K, Nordman T, Myllymäki I. *Den trojanska hästen. Evidensbaserat*

vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv (Rapport 1). Institutionen för vårdvetenskap. Vaasa, Finland: Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt; 1999: [The Trojan horse. Evidence-based caring and nursing care in a caring science perspective. (Report). Department of Caring Science. Vaasa, Finland: Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt.].

Fagerström L. *The patients' caring needs. To understand and measure the unmeasurable. Doctoral dissertation*. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press; 1999.

Fredriksson L. *Det vårdande samtalet*. Turku, Finland: Doktorsavhandling, Åbo Akademis Förlag; 2003: [The caring conversation. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Fredriksson L, Eriksson K. The patient's narrative of suffering—A path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2001;15(1):3–11.

Fredriksson L, Eriksson K. The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*. 2003;10(2):138–148.

Fredriksson L, Lindström UÅ. Caring conversations—Psychiatric patients' narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;40(4):396–404.

Gadamer H-G. *Truth and method*. New York: Continuum; 1994: (2nd rev. ed., J. Weinsheimer & D. G. Marshall, Trans.).

Gadamer H-G. *Teoriens lovprisning*. Århus: Systeme; 2000: [Praise the theory. New Haven: Yale University Press, 1998.] [German orig: Lob der Theorie, 3. Auflage, 1991.].

Gustafsson L-K. *Försoning ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2008: [Reconciliation—From a caring perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Hilli Y. *Hemmet som ethos. En idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosysterns vårdande under 1900-talets första hälft*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2007: [The home as ethos. A history of ideas study of how the home as ethos became evident in public health nurses' caring during the first half of the 20th century. Doctoral dissertation, Turku, Finland, Åbo Akademi University Press.].

Kaila E. *Den mänskliga kunskapen: vad den är och vad den icke är*. Helsinki, Finland: Söderström; 1939: [Human knowledge: What it is and what it is not (G. H. von Wright, Trans.). Helsinki, Finland: Söderström.].

Kasén A. *Den vårdande relationen*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo

Akademis Förlag; 2002: [The caring relationship. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Kierkegaard S. *Antingen—Eller [Orig. 1843. Enten—Eller.] Utgiver under pseudonymen Victor Eremita*. Köpenhamn: Meyer; 1943: [Either/or. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1987.].

Koort P. *Semantisk analys och konfigurationsanalys*. Lund, Sweden: Studentlitteratur; 1975: [Semantic analysis and analysis of configuration. Lund, Sweden: Studentlitteratur.].

Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press; 1971.

Kurtén T. *Grunder för en kontextuell teologi: ett wittgensteinskt sätt att närma sig teologin I diskussion med Anders Jeffner*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 1987: [Bases for a contextual theology: A Wittgensteinian way of approaching theology in a discussion with Anders Jeffner. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Kärkkäinen O, Eriksson K. Evaluation of patient records as a part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12(2):198–205.

Kärkkäinen O, Eriksson K. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2):229–236.

Lanara V. *Heroism as a nursing value*. Athens, Greece: Sisterhood Evniki; 1981.

Langer SK. *Filosofi i en ny tonart*. Stockholm: Geber; 1942: [Philosophy in a new key. Stockholm: Geber.].

Lassenius E. *Rummet i vårdandets värld*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2005: [The space in the world of caring. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Lévinas E. *Ethics and infinity*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 1985.

Lévinas E. *Etik och oändlighet*. Stockholm-Lund: Symposion; 1988: [Ethics and infinity. Stockholm-Lund: Symposium.].

Lévinas E. *The Lévinas reader (S. Hand, Ed.)*. Oxford: Blackwell; 1989.

Lindholm L. *Den unga människans hälsa och lidande*. Doktorsavhandling, Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1998: [The young person's health and suffering. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland: Åbo Akademi, Department of Caring Science.].

Lindholm L, Eriksson K. To understand and to alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18:1354–1361.

Lindholm L, Eriksson K. The dialectic of health and suffering: An

ontological perspective on young people's health. *Qualitative Health Research*. 1998;8(4):513–525.

Lindholm L, Nieminen A-L, Määkelää C, Rantanen-Siljamäki S. *Significant others—A source of strength in the care of women with breast cancer*. Unpublished paper; 2004.

Lindholm T. *Kaikki se kärsii? Parisuhdeväkivalta, kärsimys ja sen lievittäminen naisten ja miesten näkökulmasta*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2008: [Love endures all things? Violence between spouses, suffering and alleviation of suffering from the viewpoint of women and men. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Lindström UÅ. *De psykiatriska specialsjukskötarnas yrkesparadigm*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 1992: [The professional paradigm of the qualified psychiatric nurses. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Lindwall L. *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2004: [The body as a carrier of health and suffering. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Lukander E. *Developing and testing a method: Nursing audit, for evaluation of nursing care*. Kuopio, Finland: Licentiate thesis, Kuopion yliopisto; 1995.

Martinsen K, ed. *Fenomenologi og omsorg*. Oslo, Norway: TANO; 1996: [Phenomenology and care. Oslo, Norway: TANO.].

Martinsen K, Eriksson K. *Å se og Å innse*. Oslo: Akribi; 2009.

Nåden D. *Når sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst*. Doktorsavhandling, Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 1998: [When caring is an exercise of art. An examination of some necessary preconditions of nursing as art. Doctoral dissertation, Department of Caring Science, Åbo Akademi, Vaasa, Finland.].

Näsman Y. *Hjärtats vanor, tankens välvilja och handens gärning—dygd som vårdetiskt grundbegrepp*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2010: [Habits of the heart, benevolence of the mind, and deeds of the hand—Virtue as a basic concept in caring ethics. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Nilsson B. *Savnets tone i ensomhetens melodi. Ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2004: [The tune of want in the loneliness melody. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Nyback M-H. *Generic and professional caring in a Chinese setting—An ethnographic study*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi

University Press; 2008.

Nygren A. *Eros och agapé*. Stockholm: Aldus Bonniers; 1966: [Eros and agapé. Stockholm: Aldus Bonniers.].

Nygren A. *Meaning and method: Prolegomena to a scientific philosophy of religion and a scientific theology*. London: Epworth Press; 1972.

Pascal B. *Tankar*. Uddevalla, Sweden: Bohusläningens AB; 1971: [Thoughts. Uddevalla, Sweden: Bohusläningens AB.].

Peirce CS. *Pragmatism och kosmologi. Valda uppsatser*. Gothenburg, Sweden: Daidalos; 1990: [Pragmatism and cosmology (Chosen essays). Gothenburg, Sweden: Daidalos.].

Popper KR. *Popper i urval av Miller. Kunskapsteori, vetenskapsteori*. Stockholm: Thales; 1997: [Popper in selection of Miller. Theory of knowledge and theory of science. Stockholm: Thales.].

Råholm M-B. *I kampens och modets dialektik*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2003: [In the dialectic of struggle and courage. Dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Råholm M-B, Lindholm L. Being in the world of the suffering patient: A challenge to nursing ethics. *Nursing Ethics*. 1999;6:528–539.

Råholm M-B, Lindholm L, Eriksson K. Grasping the essence of the spiritual dimension reflected through the horizon of suffering—An interpretative research synthesis. *Australian Journal of Holistic Nursing*. 2002;9:4–12.

Rundqvist E. *Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2004: [Power as authority. A caring science perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Sivonen K. *Vården och det andliga. En bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2000: [Care and the spiritual dimension. A definition of the concept of "spiritual" in a caring science perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Augustine St A. *Bekännelser*. Stockholm: Söderström; 1957: [Confessions. Stockholm: Söderström.].

Törnebohm H. *Paradigm i vetenskapsteorin (Del 2. Rapport nr. 100)*. Gothenburg, Sweden: Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet; 1978: [Paradigms in the theory of science (Part 2 Report nr. 100). Gothenburg, Sweden: Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet.].

Turtiainen A-M. *Hoitotyön käytännön kuvaamisen yhtenäistäminen: Belgialaisen hoitotyön minimitiedoston (BeNMDS) kulttuurinen adaptio Suomeen*. Kuopio, Finland: Doktorsavhandling, Väitöskirja, Kuopion yliopisto; 1999: [Methods to describe nursing with uniform language: The cross-cultural

adaptation process of the Belgium Nursing Minimum Data Set in Finland. Doctoral dissertation, Kuopio University, Kuopio, Finland.].

von Post I. *Professionell naturlig vård ur anestesi och operationassjuksköterskors perspektiv*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 1999: [Professional natural care from the perspective of nurse anesthetists and operating room nurses. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

von Wright GH. *Vetenskapen och förnuftet*. Helsinki, Finland: Söderström; 1986: [Science and reason. Helsinki, Finland: Söderström.].

Wallinvirta E. *Ansvar som klangbotten i vårdandets meningssammanhang*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2011: [Responsibility as sounding board in the caring's context of meaning. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Wärnå C. *Dygd och hälsa*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2002: [Virtue and health. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Wiklund L. *Lidandet som kamp och drama*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2000: [Suffering as struggle and as drama. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Wingren G. *Predikan: en principiell studie*. Lund, Sweden: Gleerup; 1996: [The sermon: A study based on principles. Lund, Sweden: Gleerup.].

Lecturas recomendadas*

Fuentes principales

Artículos en revistas científicas con práctica de revisión por pares

Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, Eriksson K. Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice*. 2004;10(6):248–256.

Blegen N, Eriksson K, Bondas T. Through the depths and heights of darkness; mothers as patients in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(4):852–860.

Caspari S, Eriksson K, Nåden D. The importance of aesthetic surroundings: A study interviewing experts within different aesthetic fields. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011;25(1):134–142.

Caspari S, Nåden D, Eriksson K. The aesthetic dimension in hospitals—An investigation into strategic plans. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43:851–859.

Caspari S, Nåden D, Eriksson K. Why not ask the patient? An evaluation of the aesthetic surroundings in hospital by patients. *Quality Management in Health Care*. 2007;16(3):280–292.

Eriksson K. Nursing—Skilled work or a profession? *International Nursing Review*. 1976;23(4):118–120.

Eriksson K. Hoitotieteen loogiset ja tieteenteoreettiset perusteet. *Sosiaalinen aikakauskirja*. 1980;14(5):6–10: [The theory of science and logical basics of caring science. Sosiaalinen aikakauskirja, 14(5), 6–10.

Eriksson K. Hoitotieteen teoreettisista malleista, käsitejärjestelmistä ja niiden merkityksestä alan kehittämisessä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 1980;17(2):66–70: [The importance of caring scientific theoretical models and concept systems for the development of the science. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 17(2), 66–70.].

Eriksson K. Sjukskötarnas strävan efter högskoleutbildning. *Kasvatus*. 1982;13(3):192–194: [The nurses strive for a university education. Kasvatus, 13(3), 192–194.].

Eriksson K. Det finns en gemensam substans i allt vårdandet. *Vård i Norden*. 1989;15(2):27–28: [There is a common substance in all caring. Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies, 15(2), 27–28.].

Eriksson K. Motivforskning inom vårdvetenskapen. En beskrivning av vårdvetenskapens grundmotiv. *Hoitotiede*. 1989;1(2):61–67: [Motive research within caring science. A description of the basic motive in

caring science. Journal of Nursing Science, 1(2), 61–67.].

Eriksson K. Nursing science in a Nordic perspective. Systematic and contextual caring science. A study of the basic motive of caring and context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1990;4(1):3–5.

Eriksson K. Hälsovårdskandidatutbildningen vid Helsingfors universitet—Historisk tillbakablick och visioner. *Hoitotiede*. 1994;3:122–126: [The bachelor's degree in health care at Helsinki University—A historical retrospect and visions. Journal of Nursing Science, 3, 122–126.].

Eriksson K. Teologi og bioetik. *Vård i Norden*. 1995;1:33: [Theology and bioethics. Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies, 1, 33.].

Eriksson K. Understanding the world of the patient, the suffering human being—The new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997;3(1):8–13.

Eriksson K. Hälsans tragedy. *Finsk tidskrift*. 1998;10:590–599: [The tragedy of health. Finsk tidskrift, 10, 590–599.].

Eriksson K. Becoming through suffering—The path to health and holiness. *International Journal for Human Caring*. 2007;11(2):8–16.

Eriksson K. The theory of caritative caring: A vision. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(3):201–202.

Eriksson K. Concept determination as part of the development of knowledge in caring science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24:2–11.

Eriksson K. Evidence—To see or not to see. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(4):275–279.

Eriksson K, Bondas T, Lindholm L, Kasén A, Matilainen D. Den vårdvetenskapliga forskningstraditionen vid Institutionen för vårdvetenskap. *Åbo Akademi. Hoitotiede*. 2002;14(6):307–315: [The tradition of research at the Department of Caring Science, Åbo Akademi University. Journal of Nursing Science, 14(6), 307–315.].

Eriksson K, Herberts S, Lindholm L. Bilder av lidande—Lidande i belysning av aktuell vårdvetenskaplig forskning. *Hoitotiede*. 1994;4:155–162: [Views of suffering—Suffering in the light of current research within caring science. Journal of Nursing Science, 4, 155–162.].

Eriksson K, Lindström UÅ. Abduktion och pragmatism—Två vägar till framsteg inom vårdvetenskapen. *Hoitotiede*. 1999;11(5):292–299: [Abduction and pragmatism—Two ways to progress within caring science. Journal of Nursing Science, 11(5), 292–299.].

Eriksson K, Lindström UÅ. En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede*. 1999;11(6):358–364: [A theory of science for caring science. Journal of Nursing Science, 11(6), 358–364.].

Eriksson K, Lindström UÅ. The fundamental idea of quality assurance.

International Journal for Human Caring. 1999;3(3):21–27.

Eriksson K, von Post I. A hermeneutic textual analysis of suffering and caring in the peri-operative context. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30(4):983–989.

Fagerström L, Eriksson K, Bergbom Engberg I. The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28(5):978–987.

Fagerström L, Eriksson K, Bergbom Engberg I. The patient's perceived caring needs—Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*. 1999;5(4):199–208.

Foss B, Nåden D, Eriksson K. Toward a new leadership model: To serve in responsibility and love. *International Journal for Human Caring*. 2014;18(3):43–51.

Fredriksson L, Eriksson K. The patient's narrative of suffering—A path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2001;15(1):3–11.

Fredriksson L, Eriksson K. The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*. 2003;10(2):138–148.

Herberts S, Eriksson K. Nursing leaders' and nurses' view of health. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;22:868–878.

Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*. 2005;12(2):123–132.

Kärkkäinen O, Eriksson K. Evaluation of patient records as a part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12(2):198–205.

Kärkkäinen O, Eriksson K. A theoretical approach to documentation of care. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17(3):2–6.

Kärkkäinen O, Eriksson K. Structuring the documentation on nursing care on the basis of a theoretical caring process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2):229–236.

Kärkkäinen O, Eriksson K. Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management*. 2005;13:202–208.

Korhonen E-S, Nordman T, Eriksson K. Determination of concept technology—the ontology of the concept as a component in caring science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(4):867–877.

Levy-Malmberg R, Eriksson K. Legitimizing basic research by evaluating quality. *Nursing Ethics*. 2010;17(1):107–116.

Levy-Malmberg R, Eriksson K, Lindholm L. Caritas —Caring as an ethical conduct. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22(4):662–667.

Lindholm L, Eriksson K. To understand and to alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18:1354–1361.

Lindholm L, Eriksson K. The dialectic of health and suffering: An ontological perspective on young people's health. *Qualitative Health Research*. 1998;8(4):513–525.

Lindholm T, Eriksson K. Caring of the patients suffering from violence between spouses—Intersectional encounters. *International Journal for Human Caring*. 2011;15(3):72.

Lindwall I, von Post I, Eriksson K. Clinical research with a hermeneutical design and an element of application. *International Journal of Qualitative Methods*. 2010;9(2):172–186.

Nåden D, Eriksson K. The phenomenon of confirmation—An aspect of nursing as an art. *International Journal for Human Caring*. 2000;4(3):23–28.

Nåden D, Eriksson K. Encounter: A fundamental category of nursing as an art. *International Journal for Human Caring*. 2002;6(1):34–40.

Nåden D, Eriksson K. Semantisk begrepsanalyse—Et grunnleggende aspekt i en disiplins teoriutvikling. *Vård i Norden*. 2003;23(1):21–26: [Semantic concept analysis—A fundamental aspect in the theory development of a discipline. Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies, 23(1), 21–26.].

Nåden D, Eriksson K. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17(1):86–91.

Nåden D, Eriksson K. Values and moral attitudes in nursing care. Understanding the patient perspective. *Norsk Tidskrift for Sygepleieforskning*. 2004;6(1):3–17.

Näsman Y, Nyström L, Eriksson K. Virtue, ethics and quality of care. *International Journal for Human Caring*. 2011;15(3):74.

Nordman T, Santavirta N, Eriksson K. Developing an instrument to evaluate suffering related to care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22(4):608–615.

Råholm M-B, Eriksson K. Call to life: Exploring the spiritual dimension as a dialectic between suffering and desire experienced by coronary bypass patients. *International Journal for Human Caring*. 2001;5(1):14–20.

Råholm M-B, Lindholm L, Eriksson K. Grasping the essence of the spiritual dimension reflected through the horizon of suffering: An interpretative research synthesis. *The Australian Journal of Holistic Nursing*. 2002;9(1):4–13.

Rehnsfeldt A, Eriksson K. The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(3):264–272.

Roxberg Å, Rehnsfeldt A, Fridlund B, Eriksson K. The meaning of

consolation as experienced by nurses in a home-care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(8):1079–1087.

Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K. The development of caring in the perioperative culture—Nurse leaders' perspective on the struggle to retain sight of the patient. *Nursing Administration Quarterly*. 2007;31(4):312–324.

Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K. The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44:905–915.

Rykkje L, Eriksson K, Råholm M-B. A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. *International Journal for Human Caring*. 2011;15(4):40–53.

Sivonen K, Kasén A, Eriksson K. Semantic analysis according to Peep Koort—A substance-oriented research methodology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24:12–20.

Thorkildsen KM, Eriksson K, Råholm M-B. Kierkegaard's works of love reflected through the lens of caring. *International Journal for Human Caring*. 2014;18(3):36–41.

Thorkildsen KM, Eriksson K, Råholm M-B. The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29(2):353–360.

von Post I, Eriksson K. The ideal and practice concepts of "professional nursing care". *International Journal for Human Caring*. 2000;4(1):14–22.

Wärnå C, Lindholm L, Eriksson K. Virtue and health—Finding meaning and joy in working life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2007;21(2):191–198.

Wärnå C, Lindholm L, Eriksson K. Virtue and health—Describing virtue as a path to the inner domain of health. *International Journal for Human Caring*. 2008;12(1):17–24.

Wikberg A, Eriksson K. Intercultural caring—An abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22(3):485–496.

Wiklund-Gustin L, Eriksson K. The drama of suffering as narrated by patients who have undergone coronary bypass surgery. *International Journal for Human Caring*. 2009;13(4):17–25.

Wikström-Grotell C, Lindholm L, Eriksson K. Det mångdimensionella rörelsebegreppet i fysioterapin—En kontextuell analys. *Nordisk Fysioterapi*. 2002;6:146–184: [The multidimensional concept of movement in physiotherapy—A contextual analysis. Nordisk Fysioterapi, 6, 146–184.].

Artículos en obras de compilación y actas con práctica

de revisión por pares

Trabajos de compilación

Eriksson K. *En analys av sjuksköterskeutbildningen utgående från en utbildningsteknologisk model. I Sairaanhoidon vuosikirja VIII (s. 54-77).* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1971: [An analysis of nursing education from an educational-technological model. In Health care yearbook VIII (54-77). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Sairaanhoidon kehittäminen oppiaineena. I Sairaanhoidon vuosikirja XI (s. 9-21).* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1974: [The development of health care as a subject. In Health care yearbook XI (9-21). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson, K. (1977). Hälsa—En teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsa och dess nature. I Sairaanhoidon vuosikirja XIV (s. 55-195).[Health—A conceptual analysis and theoretical study of health and its nature. In Health care yearbook XIV (pp. 155-195). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson K. *Modellen—Ett sätt att beskriva vårdskeendet. I Sairaanhoidon vuosikirja XV (s. 189-225).* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1978: [The model—A way of describing the act of nursing care. In Health care yearbook XV (189-225). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Den vårdvetenskapscentrerade läroplanen —Ett alternativ för dagens vårdutbildning. I Sairaanhoidon vuosikirja XIX (s. 173-187).* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1982: [The caring science centered curriculum—An alternative for health education today. In Health care yearbook XIX (173-187). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Den fullvuxna insulindiabetikern i hälsovårdens vårdprocess. I Sairaanhoidon vuosikirja XIX (s. 428-430).* Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1983: [The adult insulin-dependent diabetic in the health care nursing process. In Health care yearbook XIX (428-430). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson, K. (1983). Vårdområdet finner sin profil—Den vårdvetenskapliga eran har inlets. I Epione, Jubileumsskrift 1898-1983 (s. 12-17).[The area of caring finds its profile—The caring science era has begun. In Epione, Jubilee-script 1898-1983 (pp. 12-17). Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen i Finland.]

Eriksson, K. (1986). Hoito, Caring—Hoitotyön primaari substanssi. Puheenvuoro 2. I T. Martikainen & K. Manninen (red.), Hoitotyö ja koulutus (s. 17-41). Hämeenlinna, Finland: Sairaanhoitajien

Koulutussäätiö.[Caring—The primary substance of nursing. Speech 2. In T., Martikainen, K., Manninen, (Eds.), Nursing and education (pp. 17-41). Hämeenlinna, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.]

Eriksson, K. (1987). Vårdvetenskapen som humanistisk vetenskap. I Hoitotiede vuosikirja, 68-77.[Caring science as a humanistic science. Journal of Nursing Science Yearbook, 68-77.]

Eriksson K. *Vårdandets idé och ursprung. I Panakeia. Vårdvetenskaplig årsbok (s. 17-35)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1988: [The origin and idea of caring. In Panakeia. Caring science yearbook (pp. 17–35). Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Ammatillisuus hoitamisessa. I Hoitoopin perusteet (2: 2 yppl., s. 125-129)*. Vaasa, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1989: [Professionalism in caring. In The basics of nursing science (2nd ed., pp. 125–129). Vaasa, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Framtidsvisioner—om utvecklingen av sjukskötarens arbete. I Epione, Jubileumsskrift 1898-1988 (s. 28-38)*. Helsinki, Finland: SSY-sjuksköterskeföreningen i Finland r.f; 1990: [Future visions of the development of the nurse's work. In Epione, Jubilee-script 1898–1988 (pp. 28–38). Helsinki, Finland: SSY-sjuksköterske-föreningen i Finlandr.f.].

Eriksson K. *Hälsa är mera än frånvaro av sjukdom. I Centrum för vårdvetenskap, Vård—Utbildning—Utveckling —Forskning (s. 1-2, 29-35)*. Stockholm: Karolinska Institutet; 1991: [Health is more than the absence of illness. In Centrum för vårdvetenskap, Vård—Utbildning—Utveckling—Forskning (pp. 1–2, 29–35). Stockholm: Karolinska Institute.].

Eriksson K. *De första åren—Några reflektioner kring den vårdvetenskapliga eran. I Epione, Jubileumsskrift 1898-1993 (s. 7-15)*. Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen; 1993: [The first years—Reflections upon the era of caring science. In Epione, Jubilee-script 1898–1993 (pp. 7–15). Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen.].

Eriksson, K. (1994). Vårdvetenskapen som autonom discipline. I H. Willman (red.), Hygieia. Hoitotyön vuosikirja 1994 (s. 87-91). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä.[Caring science as an autonomous discipline. In H., Willman, (Ed.), Hygieia. Nursing yearbook 1994 (pp. 87-91). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä.]

Eriksson, K. (1996). Efterskrift—Om vårdvetenskapens möjligheter och gränser. I K. Martinsen (red.), Fenomenologi og omsorg (s. 140-150). Oslo, Norway: TANO.[Postscript—About the possibilities and boundaries of caring science. In K., Martinsen, (Ed.), Phenomenology and caring (pp. 140-150). Oslo, Norway: TANO.]

Eriksson, K. (1996). Om dokumentation—Vad den är och inte är. I K. Dahlberg (red.), Konsten att dokumentera omvårdnad (s. 9-13). Lund,

Sweden: Studentlitteratur.[On documentation—What it is and what it is not. In K., Dahlberg, (Ed.), The art of documenting care (pp. 9-13). Lund, Sweden: Studentlitteratur.]

Eriksson, K. (1996). Om människans värdighet. I T. Bjerkreim, J. Mathinsen, & R. Nord (red.), Visjon, viten og virke. Festskrift till sykepleieren Kjellaug Lerheim, 70 år (s. 79-86). Oslo, Norway: Universitetsförlaget. [On human dignity. In T., Bjerkreim, J., Mathinsen, R., Nord, (Eds.), Vision, knowledge and influence. Jubilee-script for the nurse Kjellaug Lerheim, 70 years (pp. 79-86). Oslo, Norway: Universitetsförlaget.]

Eriksson K. *Mot en vårdetisk teori. I Hoitotyön vuosikirja 1997. Pro Nursing RY:n vuosikirja, Hygieia (s. 9-23)*. Helsinki, Finland: Kirjayhtymä; 1997: [Toward an ethical caring theory. In Nursing yearbook 1997. Pro Nursing RY:s yearbook, Hygieia (pp. 9–23). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä.].

Eriksson K. *Epione—Vårdandets ethos. I Epione, Jubileumsskrift 1898-1998*. Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen; 1998: [Epione—The ethos of caring. In Epione, Jubilee-script 1898–1998. Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen.].

Eriksson K. *Människans värdighet, lidande och lidandets ethos. I Suomen Mielenterveysseura, Tuhkaa ja linnunrata. Henkisyys mielenterveystyössä (s. 67-82)*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, SMS-julkaisut; 1998: [Human dignity, suffering and the ethos of suffering. In Ashes and the Milky Way: Spirituality in mental health care nursing (67-82). Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, SMS-julkaisut.].

Eriksson, K. (1999). Tillbaka till Popper och Kuhn—En evolutionär epistemologi för vårdvetenskapen. I J. Kinnunen, P. Meriläinen, K. Vehviläinen-Julkunen, & T. Nyberg (red.), Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus. Suunnistuspoluilta tiedon valtatielle. Professor Sirkka Sinkkoselle omistettu juhlakirja (s. 21-35). Kuopio, Finland: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 74. [Back to Popper and Kuhn—An evolutionary epistemology for caring science. In J. Kinnunen, P. Meriläinen, K. Vehviläinen-Julkunen, & T. Nyberg (Eds.), The multiscientific health science university education and research. Paths to the highway of science. A jubilee book dedicated to Professor Sirkka Sikkonen (21-35). Kuopio, Finland: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 74.]

Eriksson, K. (1999). Vårdvetenskapen—En akademisk disciplin. I S. Janhonen, I. Lepola, M. Nikkonen, & M. Toljamo (red.), Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhannelle. Professori Maija Hentisen juhlakirja (s. 59-64). Oulu, Finland: Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2. [Caring science—An academic discipline. In S., Janhonen, I., Lepola, M., Nikkonen, M., Toljamo, (Eds.),

The Finnish caring science in the new millennium. A jubilee-script dedicated to Professor Maija Hentinen (pp. 59-64). Oulu, Finland: Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2.]

Eriksson K. *Caritas et passio—Liebe und leiden—Als grundkategorien der pflegewissenschaft. I T. Strom, Diakonie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend*. Heidelberg, Germany: Diakoniewissenschaftlichen Instituts, Universität Heidelberg; 2000: [Caritas et passio—Love and suffering as basic categories in caring science.

Eriksson, K. (2002). Rakkaus—Diakoniatieteen ydin ja ethos? I M. Lahtinen & T. Toikkanen (red.), Anno Domini. Diakoniatieteen vuosikirja 2002 (s. 155-164). Tampere, Finland: Tammerpaino.[Love—The core and ethos of deacony? In M., Lahtinen, T., Toikkanen, (Eds.), Anno Domini. Diakonic yearbook 2002 (155-164). Tampere, Finland: Tammerpaino.]

Eriksson, K. (2003). Diakonian erityisyys hoitotyössä. I M. Lahtinen & T. Toikkanen (red.), Anno domini. Diakoniatieteen vuosikirja 2003 (s. 120-126). Tampere, Finland: Tammerpaino.[The uniqueness of deacony in nursing. In M., Lahtinen, T., Toikkanen, (Eds.), Anno Domini. Diakonic yearbook 2003 (pp. 120-126). Tampere, Finland: Tammerpaino.]

Eriksson, K. (2009). Evidens—Det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I K. Martinsen & K. Eriksson, Å se og innse. Om ulike former for evidens (s. 35-80). Oslo, Norge: Akribe. [Evidence—The true, the beautiful, the good and the eternal. In K. Martinsen & K. Eriksson, To see and to understand. About different forms of evidence (pp. 35-80). Oslo, Norway: Akribe.]

Eriksson K, Hamrin E. *Vårdvetenskapen formas—En tillbakablick och ett framtidsperspektiv. I Panakeia, vårdvetenskaplig årsbok (s. 9-16)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1988: [Caring science is formed—A historical and futuristic perspective. In Panakeia, caring science yearbook (9-16). Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K, Lindholm T. "Love endures all things?" Violence between spouses, suffering, and alleviation of suffering—developing a theory model. *International Journal for Human Caring*. 2010;14(3):72.

Libros y monografías

Eriksson K. *Hoitotapahtuma. Hoito-oppi 2*. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1976: [The nursing care process. Nursing science 2. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Vårdprocessen—En utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklande av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen (Nr. 94)*. Helsinki, Finland: Helsingfors universitet, Pedagogiska Institutionen; 1981: [The nursing care process—An approach to curriculum construction within nursing

education. The development of a model for the nursing care process and an approach for curriculum development based on the process of nursing care (No. 94). Helsinki, Finland: Department of Education University of Helsinki.].

Eriksson K. *Vårdprocessen (2:a uppl.)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1982: [The nursing care process (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Vårdprocessen (3: e uppl.)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1985: [The nursing care process (3rd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Hoito-opin didaktiikka*. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1986: [The didactics of caring science. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Introduktion till vårdvetenskap (2:a uppl.)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1986: [An introduction to caring science (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Hoitamisen idea*. Forssa, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1987: [The idea of caring. Forssa, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1987: [The idea of caring. Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Hoito tieteenä*. Forssa, Sweden: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1988: [Caring as a science. Forssa, Sweden: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Caritas-idea*. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1989: [The idea of caritas. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Hälsans idé (2:a uppl.)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1989: [The idea of health (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Terveyden idea*. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1989: [The idea of health. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K. *Det lidende menneske (Danish translation)*. Copenhagen: Munksgaard; 1995: [The suffering human being (Danish translation). Copenhagen: Munksgaard.].

Eriksson K. *Den lidende menneske (Norwegian translation)*. Oslo: TANO; 1995: [The suffering human being (Norwegian translation). Oslo: TANO.].

Eriksson K. *Omsorgens idé (Danish translation)*. Copenhagen: Munksgaard; 1996: [The idea of caring (Danish translation). Copenhagen: Munksgaard.].

Eriksson K. *Vårdandets idé (Kassettband). Talboksoch punktskriftsbiblioteket*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1997: [The idea of caring (Audiotape). Talboksoch punktskriftsbiblioteket. Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Eriksson K. *Gesundheit. Ein Schlüsselbegriff der Pflegetheorie. (German translation)*. Bern, Germany: Verlag Hans Huber; 2001: [The idea of health (German translation). Bern, Germany: Verlag Hans Huber.].

Eriksson K. *The suffering human being*. Chicago: Nordic Studies Press; 2006: [English translation of: Den lidande människan. Stockholm, Sweden: Liber Förlag.].

Eriksson K, Barbosa da Silva A, eds. *Usko ja terveys —johdatus hoitoteologiaan. (Finnish translation)*. Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö; 1994: [Caring theology (Finnish translation). Helsinki, Finland: Sairaanhoitajien Koulutussäätiö.].

Eriksson K, Byfält H, Leijonqvist G-B, Nyberg K, Uuspää B. *Vårdteknologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1986: [Caring technology. Stockholm: Almqvist & Wiksell.].

Publicaciones en departamentos y universidades

Eriksson, K. (1991). Att lindra lidande. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991 (s. 204-221). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [To alleviate suffering. In K., Eriksson, A., Barbosa da Silva, (Eds.), Caring theology (pp. 204-221). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1991). Vårdteologins framväxt. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.). Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991 (s. 1-25). [The growth of caring theology. In K., Eriksson, A., Barbosa da Silva, (Eds.), Caring theology (pp. 1-25). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (red.). (1993). Möten med lidanden. Vårdforskning 4/1993. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Encounters with suffering. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (red.). (1995). Den mångdimensionella hälsan—Verklighet och visioner. Slutrapport. Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.[Multidimensional health —Visions and reality. Final report. Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1995). Vad är vårdetik? I K. Eriksson (red.), Mot en caritativ vårdetik. Vårdforskning 5/1995 (s. 1-8). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [What is caring ethic? In K., Eriksson, (Ed.), Toward a caritative caring ethic Caring research 5/1995. (pp. 1-8). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (1997). Att insjukna i demens—Ett tungt lidande för patient och anhöriga. I B. Beck-Friis & G. Grahn (red.), Leva med demenshandikapp. Lund, Sweden: Lunds universitet: Stiftelsen

Silviahemmet.[Becoming ill with dementia—A burdensome suffering for the patient and his/her family. In B., Beck-Friis, G., Grahn, (Eds.), Living with the handicap of dementia (Action in favor of people suffering from neurodegenerative diseases). Lund, Sweden: Lunds universitet, Stiftelsen Silviahemmet.]

Eriksson, K. (1998). Vårdvetenskapens framväxt som akademisk disciplin—Ett finlandssvenskt perspektiv. I K. Eriksson (red.), Jubileumsskrift 1987-1997 (s. 1-7). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The growth of caring science as an academic discipline—A Finland-Swedish perspective. In K., Eriksson, (Ed.), Jubilee-script 1987-1997 (pp. 1-7). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson K. *Den trojanske hest. Evidensbasering og sygepleje. (Danish translation)*. Copenhagen: Gads Förlag; 2002: [The Trojan horse. Evidence-based nursing and caring through a caring science perspective (Danish translation). Copenhagen: Gads Förlag.].

Eriksson, K. (2002). Idéhistoria som deldisciplin inom vårdvetenskapen. I K. Eriksson & D. Matilainen (red.), Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis." Vårdforskning 8/2002 (s. 1-14). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.[The history of ideas as a sub-discipline within caring science. In K., Eriksson, D., Matilainen, (Eds.), The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis." Caring research 8/2002 (1-14). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K. (2002). Vårdandets idéhistoria. I K. Eriksson & D. Matilainen (red.), Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis." Vårdforskning 8/2002 (s. 15-34). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.[The history of ideas of caring. In K., Eriksson, D., Matilainen, (Eds.), The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis." Caring research 8/2002 (pp. 15-34). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Barbosa da Silva, A. (1991). Våårdteologi som vårdvetenskapens deldisciplin. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991 (s. 26-64). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring theology as a sub-discipline of caring science. In K., Eriksson, A., Barbosa da Silva, (Eds.), Caring theology. Caring research 3/1991 (pp. 26-64). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Herberts, S. (1991). Tron i hälsans tjänst. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991 (s. 222-258).

Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.[Faith in the service of health. In K., Eriksson, A., Barbosa da Silva, (Eds.), Caring theology. Caring research 3/1991 (pp. 222-258). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Herberts, S. (1993). Lidande—En begreppsanalytisk studie. I K. Eriksson (red.), Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 (s. 29-54). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [A study of suffering—A concept analysis. In K., Eriksson, (Ed.), Encounters with suffering. Caring research 4/1993 (pp. 29-54). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., Herberts, S., & Lindholm, L. (1993). Bilder av lidande—Lidande i belysning av aktuell vårdvetenskaplig forskning. I K. Eriksson (red.), Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 suffering (s. 55-78). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.[Views of suffering—Suffering in the light of current caring science research. In K., Eriksson, (Ed.), Encounters with suffering. Caring research 4/1993 (pp. 55-78). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson K, Koort P. *Sjukvårdspedagogik (Kompendium)*. Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut; 1973: [The pedagogy of nursing care (Compendium). Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.].

Eriksson, K., & Lindholm, L. (1993). Lidande och kärlek ur ett psykiatriskt vårdperspektiv—En casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I K. Eriksson (red.), Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 suffering (s. 79-137). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.[Love and suffering through a psychiatric caring perspective—A case study of the encounters with human love and suffering. In K., Eriksson, (Ed.), Encounters with suffering. Caring research 4/1993 (79-137). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson K, Lindström UÅ. *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; 2000: [Dawn. An anthology of caring science. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.].

Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2000). Siktet, Sökandet, slutandet. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning. En vårdvetenskaplig antologi, (s., 5-18)., Vaasa, Finland, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi,[Envisioning, seeking, ending. In K., Eriksson, U.Å., Lindström, (eds.), Dawn. An anthology of caring science (5-18). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2003). Klinisk vårdvetenskap. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (red.), Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (s.

3-20). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Clinical caring science. In K., Eriksson, U.Å., Lindström, (Eds.), Dawn II. Clinical caring science (pp. 3-20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2007). Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund—några grunddrag. I K. Eriksson, U.Å. Lindström, D. Matilainen & L. Lindholm (red.), Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik (s. 5-20). Vaasa, Finland: Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The theory of science for caring science on a hermeneutic foundation—some basic features. In K., Eriksson, U.Å., Lindström, D., Matilainen, L., Lindholm, (Eds.), Dawn III. Caring science and hermeneutics (pp. 5-20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Matilainen, D. (red.). (2002). Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis." Vårdforskning 8/2002. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.[Eriksson, K., & Matilainen, D. (eds.). The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis." Caring research 8/2002. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson, K., & Matilainen, D. (red.). (2004). Vårdvetenskapens didaktik. Caritativ didaktik i vårdandets tjänst. Vårdforskningar 9/2004. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The didactics of caring science. Caritative didactics in the service of caring. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Eriksson K, Nordman T, Myllymäki I. *Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv cultures (Rap. 1)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt; 1999: [The Trojan horse II—Development of evidence-based caring cultures (Rep. 1). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt.].

Herberts, S., & Eriksson, K. (1995). Vårdarnas etiska profil. I K. Eriksson (red.), Mot en caritativ vårdetik. Vårdforskning 5/1995 (s. 41-62). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.[The ethical profile of the carers. In K., Eriksson, (Ed.), Toward a caritative caring ethic. Caring research 5/1995 (41-62). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

Fuentes secundarias

Tesis doctorales

Blegen N. *Kallet til livets embete: mødre i helse og lidelse*. Doktorsavhandling,

Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2015: [*The call to the ministry of life. Mothers in the health and suffering.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Frilund M. *En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2013: [*A synthesizer of caring science and nursing intensity.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Foss B. *Ledelse—en bevegelse i ansvar og kjærlighet*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2012: [*Leadership—A movement in responsibility and love.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Gabrielsen E. *Det hjemløse menneske. En studie av sykdom og lidelse*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2014: [*The homeless human being—a study of disease, illness and suffering*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Helin K. *Den vårdande och helande bilden—möten med bildkonst i vårdandets värld*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2011: [*The caring and healing image—Encountering works of visual art in the caring context.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Hemberg J. *Livets källa kärleken: hälsans urkraft*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2015: [*The source of life, love—Health's primordial wellspring of strength.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Högström M. *Den Äldsta—Livet är ett tillägnande. En vårdvetenskaplig explorativ studie av ett meningsbärande budskap och innerlig visdom*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2016: [*The Eldest—Life is acquiring. An explorative study in caring science of a meaningful message and an innermost wisdom.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Honkavuo L. *Serva ad ministrare. Tjänandets ethos i vårdledarskap*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2014: [*Serva ad ministrare. The ethos of serving in nursing leadership.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Karlsson M. *Bry sig om—ett vårdvetenskapligt praxisbegrepp*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2013: [*To care for—A caring science praxis concept.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Koskinen C. *Lyssnande—en vårdvetenskaplig betraktelse*. Doktorsavhandlin, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2011: [*Listening—A caring science reflection.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Koslander T. *Ljusets gemenskap—en gestaltning av den andliga dimensionen i vårdandet*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2011: [*The Communion of the Light—Shaping of spiritual dimension in the caritative caring.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Levy-Malmberg R. *Interpretive dialogical evaluation. Evaluating caring science basic research*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press; 2010.

Lindberg S. *I hälsans spelrum: lek på vårdandets scen*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2013: [*In the playhouse of health—Play on the stage of caring.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Melheim A. *Bevegelsens lindring - lindringens bevegelse. Omsorgssamtale med barn*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2014: [*The alleviation of movement—The movement of alleviation. Caring conversations with children.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Nyback M-H. *Generic and professional caring in a Chinese setting—an ethnographic study*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press; 2008.

Nyholm L. *Urvilja: när livet är människans hem*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2015: [*Will—When life is the home of the human being.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Rydenlund K. *Vårdandets imperativ i de yttersta livsrummen. Hermeneutiska vårdande samtal inom den rättspsykiatriska vården*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis förlag; 2012: [*The imperative of caring in extreme living-spaces—Hermeneutical caring conversations in forensic psychiatric care.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Rykkje L. *Kjærlighet i forbundethet—en kraft i gamle menneskers åndelighet og verdighet*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2014: [*Love in connectedness—A force in older people's spirituality and dignity.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Salmela S. *Leda förändring genom relationer, processer och kulturer*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2012: [*Leading change by leading relationships, processes and cultures.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Sandvik A-H. *Att bli en 'caring' sjukskötare—kärnan i vårdutbildningen*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2015: [*Becoming a caring nurse—The heart of the matter in nurse education.*

Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Selander G. *Glädje i vårdandets värld*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2014: [*Joy in the world of Caring.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Ueland V. *Lengsel—en kraft til helse*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2013: [*Longing—A force to health.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

Wikberg A. *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande—att föda barn i en annan kultur*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag; 2014: [*A caring science theory on intercultural caring—Giving birth in another culture.* Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.].

[*] Se proporciona una traducción aproximada al inglés de los títulos publicados originalmente en otros idiomas.

[*] Se proporciona una traducción aproximada al inglés de los títulos publicados originalmente en otros idiomas.

UNIDAD III

Modelos conceptuales en enfermería

Introducción
Capítulo 12: Modelo de la conservación
Capítulo 13: Seres humanos unitarios
Capítulo 14: Teoría del déficit de autocuidado en enfermería
Capítulo 15: Sistema conceptual y teoría de nivel medio del logro de objetivos
Capítulo 16: Modelo de sistemas
Capítulo 17: Modelo de adaptación
Capítulo 18: Modelo del sistema conductual

Introducción

- Los modelos conceptuales en enfermería son conceptos y relaciones que especifican una perspectiva y producen evidencias sobre los fenómenos específicos de la disciplina.
- Los modelos conceptuales abordan conceptos de metaparadigma amplios (seres humanos, salud, enfermería y entorno), que resultan clave por su significado en el contexto de un marco determinado y para la disciplina enfermera.
- Los modelos conceptuales en enfermería aportan perspectivas de enfoques diferentes para el razonamiento crítico sobre las personas, las familias y las comunidades, y para poder adoptar decisiones razonables en enfermería.
- Los modelos conceptuales en enfermería son una perspectiva enfermera para el desarrollo de teorías a distintos niveles de abstracción.

La filosofía
establece las bases del significado de los fenómenos enfermeros mediante el análisis, el razonamiento y la presentación lógica de conceptos e ideas.
Los modelos conceptuales
son un conjunto de conceptos que tratan de explicar los fenómenos centrales de la enfermería a través de una serie de proposiciones que explican la relación entre ellos.
El concepto de gran teoría
deriva de un modelo conceptual y propone una hipótesis susceptible de análisis que valora la premisa principal del modelo.
La teoría en enfermería
son proposiciones susceptibles de análisis derivadas de las filosofías, los modelos conceptuales, las grandes teorías, las teorías sobre la enfermería abstractas o las teorías de otras disciplinas. Las teorías son menos abstractas que la gran teoría y menos específicas que las teorías de nivel medio.
El concepto de teoría de nivel medio
es más específico para la práctica y propone una serie de aspectos de la enfermería prácticos y susceptibles de análisis, que incluyen detalles como el grupo de edad del paciente, su situación familiar, su estado de salud, su localización y la acción de la enfermera.
Futuro de la teoría en enfermería
Los sistemas teóricos en enfermería orientan y generan comprensión para la práctica, la investigación, la administración y la formación.
Metaparadigma
Los límites conceptuales de la disciplina enfermera en sentido amplio: seres humanos, entorno, salud y enfermería

12

Modelo de la conservación

Linda C. Mefford[*]

«Para que una enfermera pueda aplicar los cuatro principios de la conservación, es esencial que identifique los patrones específicos de adaptación en cada paciente. Esto posibilitaría la aplicación real de planes centrados en el paciente para el cuidado enfermero. Comprender el mensaje y ser capaz de darle respuesta de forma exacta forman la sustancia de la ciencia enfermera.»

(Levine, 1967b, pág. 47)

«El objetivo de todos los cuidados de enfermería debería ser fomentar la plenitud, dándose cuenta de que cada individuo necesita un conjunto único y distinto de actividades. La integridad del individuo –su individualidad, su identidad como tal y su plenitud– es una preocupación clave, y es responsabilidad del personal de enfermería ayudarlo a defender estos aspectos y conseguir desarrollarlos.»

(Levine, 1971a, pág. 258)

Myra Estrin Levine
(1921-1996)

Acreditaciones y antecedentes†

Myra Estrin Levine siguió una carrera variada. Fue enfermera privada (1944), enfermera civil de la Armada de EE. UU. (1945), instructora preclínica en Ciencias Físicas en la Facultad de Enfermería de Cook County (1947-1950), directora de enfermería en el Drexel Home en Chicago (1950-1951) y supervisora quirúrgica en la University of Chicago Clinics (1951-1952) y el Henry Ford Hospital de Detroit (1956-1962). Levine fue ascendiendo en el escalafón académico en el Bryan Memorial Hospital de Lincoln, Nebraska (1951), la Facultad de Enfermería de Cook County (1963-1967), la Loyola University (1967-1973), la Rush University (1974-1977) y la University of Illinois (1962-1963, 1977-1987). Fue directora

del Departamento de Enfermería Clínica en la Facultad de Enfermería de Cook County (1963-1967) y coordinadora del programa en Oncología para graduados en Enfermería en la Rush University (1974-1977). Levine fue directora del Departamento de Formación Continuada del Evanston Hospital (de marzo a junio de 1974) y consultora del mismo (julio de 1974-1976). Fue también profesora asociada de Estudios Humanísticos de la University of Illinois (1981-1987). En 1987 la nombraron profesora emérita de Enfermería Médico-Quirúrgica de la University of Illinois en Chicago. En 1974 Levine viajó a la Tel-Aviv University, Israel, como profesora asociada visitante y de nuevo como profesora visitante en 1982. También fue profesora visitante de la Facultad de Enfermería Recanati, en la Ben Gurion University of the Negev en Beer Sheva, Israel (de marzo a abril de 1982).

Levine recibió numerosos reconocimientos, incluido ser miembro de la American Academy of Nursing (1973) y miembro honorífico de la American Mental Health Aid to Israel (1976), y haber recibido un reconocimiento honorífico de la Illinois Nurses Association (1977). Fue la primera persona que recibió el Premio Elizabeth Russell Belford para la excelencia en la docencia de Sigma Theta Tau (1977). La primera y segunda ediciones de su obra *Introduction to Clinical Nursing* (Levine, 1969a, 1973) recibieron el Premio al Libro del Año del *American Journal of Nursing*, y su obra *Renewal for Nursing* fue traducida al hebreo (Levine, 1971c). Levine fue incluida en la lista *Who's Who in American Women* (1977-1988) y *Who's Who in American Nursing* (1987). Fue elegida miembro del Institute of Medicine de Chicago (1987-1991). El Alpha Lambda Chapter de Sigma Theta Tau reconoció a Levine por sus destacadas aportaciones a la enfermería en 1990. En enero de 1992 recibió un doctorado *honoris causa* en Letras de la Loyola University, Chicago, en la Mid-Year Convocation. Levine fue una líder activa de la American Nurses Association y la Illinois Nurses Association. Tras jubilarse en 1987 siguió desarrollando de forma activa su teoría y estimulando las preguntas y la investigación sobre la misma (Levine, 1996).

Dinámica conferenciante, Levine participó con frecuencia en programas, grupos de trabajo, seminarios y paneles, y también fue una prolífica autora de publicaciones sobre la enfermería y la

formación. También fue consultora de hospitales y facultades de Enfermería. Aunque nunca quiso que se convirtiera en una teoría, fue capaz de desarrollar una estructura organizativa conceptual para la enseñanza de la enfermería médico-quirúrgica, que estimuló el desarrollo de la misma (Stafford, 1996). «The Four Conservation Principles of Nursing» fue la primera enunciación de los principios de conservación (Levine, 1967b). Otros trabajos preliminares son «Adaptation and Assessment: A Rationale for Nursing Intervention» (Levine, 1966a), «For Lack of Love Alone» (Levine, 1967a) y «The Pursuit of Wholeness» (Levine, 1969b). La primera edición de la obra de Levine en la que se emplearon los principios de la conservación, *Introduction to Clinical Nursing*, fue publicada en 1969 (1969a). Levine describió los objetivos de los cuatro principios de conservación (plenitud o salud) en *Holistic Nursing* (Levine, 1971a). La segunda edición de *Introduction to Clinical Nursing* fue publicada en 1973 (Levine, 1973). Después, Levine (1984) presentó los principios de la conservación en conferencias sobre las teorías de la enfermería, algunas de las cuales están grabadas en audio, y en la conferencia de la Allentown College of St. Francis de Sales (actualmente DeSales University).

Levine (1989) publicó una notable ampliación y explicación de su teoría en «The Four Conservation Principles: Twenty Years Later». En esta obra desarrolló el aspecto de que la redundancia maximiza la disponibilidad de respuestas adaptativas cuando se ve amenazada la estabilidad. Esta redundancia de procesos adaptativos establece una economía corporal para salvaguardar la integridad individual. El producto de la adaptación es la conservación de la plenitud y la integridad (Levine, 1989). Levine vinculó de forma explícita la salud con el proceso de conservación para explicar que el modelo de conservación incluye la salud como uno de los componentes esenciales (Levine, 1991). La esencia del cuidado de enfermería es el uso de los principios de conservación para fomentar la salud, que conserva la plenitud y la integridad.

Levine falleció el 20 de marzo de 1996 a los 75 años. Deja un enorme legado como administradora, maestra, amiga, madre, enfermera, docente, estudiante de Humanidades y esposa (Pond, 1996). El Dr. Baumhart, presidente de la Loyola University, dijo lo siguiente de ella (Mid-Year Convocation, Loyola University,

1992):

«La Sra. Levine es una mujer del Renacimiento… que emplea los conocimientos de varias disciplinas para expandir la perspectiva de las necesidades de salud de las personas que pueden ser satisfechas por la enfermería moderna. En la tradición talmúdica de sus antecesoras, ella se ha convertido en la defensora de la justicia social y la dignidad inherente de las personas como hijos de Dios.» *(Pág. 6)*

Fuentes teóricas

A partir de la presentación por Beland (1971) de la teoría de la causa específica y los factores múltiples, Levine conoció las distintas perspectivas históricas sobre la enfermedad y aprendió que la noción de la enfermedad cambia con el tiempo. Beland dirigió la atención de Levine a numerosos autores que tuvieron importancia en sus ideas, como Goldstein (1963), Hall (1966), Sherrington (1906) y Dubos (1961, 1965). Levine utiliza la definición de los sistemas perceptuales de Gibson (1966), la diferenciación entre total y global de Erikson (1964, 1968), la teoría del estrés de Selye (1956) y el modelo del entorno externo de Bates (1967). Levine estaba orgullosa de que Rogers (1970) editara su primera publicación (Levine, 1965). También reconoció las aportaciones de Nightingale a su idea de la «actividad de vigilancia» de la observación que emplean las enfermeras para «salvar vidas, y aumentar la salud y la comodidad» (Levine, 1992, pág. 42).

Principales conceptos y definiciones

La figura 12.1 es un diagrama conceptual del modelo de conservación de Levine.

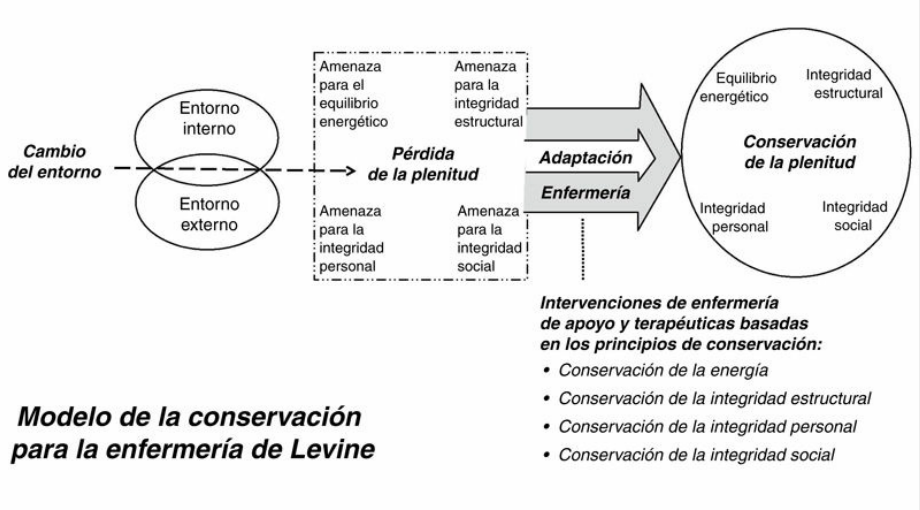


FIGURA 12.1 Modelo de la conservación para la enfermería de Levine. (Tomado de Mefford, L. C. (1999). The Relationship of Nursing Care to Health Outcomes of Preterm Infants: Testing a Theory of Health Promotion for Preterm Infants Based on Levine's Conservation Model of Nursing, *Dissertation Abstracts International, 60(09B), 4522.* Copyright 1999 por L.C. Mefford. Adaptado y reproducido con autorización.)

Plenitud/salud/integridad (holismo)

La palabra «*health*» procede del término anglosajón *hāl,* cuya traducción es *pleno.* La vida humana se debe describir con un lenguaje de «plenos» (Levine, 1971a, pág. 255). El uso que hace Levine del término «integridad» refleja este mismo concepto de holismo: «Yo utilizo el término "integridad" para aludir a la plenitud del individuo y la sensación de independencia y sentido del yo que vienen implícitos en el término. La conservación de la integridad del individuo es la característica de la intervención de enfermería» (Levine, 1996, pág. 40). Levine elabora la descripción de plenitud de Erikson (1964, 1968) como un sistema abierto. Levine (1996) cita a Erikson cuando afirma: «La plenitud alude a una mutualidad saludable, orgánica y progresiva entre las funciones diversificadas y las partes de una estructura entera, cuyos límites están abiertos y son fluidos» (pág. 39).

Desde la perspectiva de Levine, «la curación es la defensa de la plenitud» (1996, pág. 40). En relación con el proceso de curación, Levine (1991) afirmaba:

«La palabra *curación* tiene una raíz común con *plenitud* y *salud.* La curación es la vía que permite recuperar las actividades diarias

comprometidas por una salud enferma. No solo se repara la lesión o agresión, sino *la propia persona*… No solo se cura la parte afectada. Se trata más bien de la recuperación del yo, con total desaparición de las limitaciones que marca la discapacidad, y el individuo vuelve a ser libre de satisfacer sus propios intereses sin limitaciones» (pág. 4).

Adaptación

La adaptación resulta esencial para conservar la plenitud en el contexto de un cambio ambiental constante: «Debe existir un puente que permita un movimiento fácil desde una realidad ambiental a otra. La adaptación es este puente. Adaptación es el proceso mediante el cual los individuos "se ajustan" al entorno en el que viven» (Levine, 1996, pág. 38).

«El cambio es característico de la vida y la adaptación es el método de cambio. El organismo conserva su integridad en el entorno interno y externo gracias a su capacidad de adaptación. La adaptación es el proceso de cambio mediante el cual el individuo conserva su integridad dentro de la realidad de su entorno. La medida de la adaptación eficaz es la compatibilidad con la vida. Una mala adaptación puede poner en riesgo la propia vida, pero, al mismo tiempo, el grado de potencial adaptativo del que dispone un individuo puede ser suficiente para conservar la vida en un nivel de eficacia distinto. La adaptación no es un mecanismo "de todo o nada". Existe una gama infinita dentro de los límites de compatibilidad con la vida, y dentro de esta gama existen numerosos grados de adaptación posibles» (Levine, 1973, pág. 11-12). «La salud y la enfermedad son patrones de cambio adaptativo» (Levine, 1966a, pág. 2452).

El objetivo del cambio adaptativo es conservar la plenitud (salud) y la integridad. Levine (1991, 1996) identifica tres características de la adaptación: historicidad (respuestas que siguen un patrón y se transmiten a través de la genética), especificidad (respuestas adaptativas únicas frente a retos ambientales específicos) y redundancia (disponibilidad de múltiples respuestas adaptativas). Levine (1991) sugiere que «existe la posibilidad de que el propio envejecimiento sea consecuencia de un fallo en la redundancia de los procesos fisiológicos y psicológicos» (pág. 6).

Entorno

El entorno comprende el entorno interno (procesos fisiológicos y fisiopatológicos) y el entorno externo, que se encuentran ambos en una interacción constante (Levine, 1973). A la hora de comentar el entorno interno, Levine utiliza la conceptualización que hizo en el siglo XIX del *medio interno* Claude Bernard: «Bernard identificó los mares primordiales, caracterizados dentro del tegumento del cuerpo humano y que dota al organismo una solución estrechamente regulada de las sustancias esenciales para su bienestar continuado… El hombre lleva los aspectos esenciales consigo mismo, contenidos de forma segura dentro de su piel» (1969a, págs. 6-7). Levine (1973) usa la descripción que hizo Bates (1967) del entorno externo con tres componentes:

1. Perceptual: aspectos del mundo que los individuos interceptan e interpretan con sus órganos sensitivos.
2. Operacional: componentes del entorno que afectan físicamente a los individuos, aunque no puedan percibirlos de forma directa, como los microorganismos.
3. Conceptual: caracterizado por los patrones culturales, la espiritualidad y los aspectos mediados por los símbolos del lenguaje, el pensamiento y la historia.

Respuesta organísmica (respuesta integrada u holística)

«El ser humano responde a fuerzas de su entorno de una forma singular, pero integrada… de una forma que es peculiar de cada persona y exclusiva» (Levine, 1966a, pág. 2452). El término «organísmico» refleja el lenguaje de la biología de los organismos vivos, con múltiples componentes que funcionan en conjunto para generar una respuesta integrada y conjunta del organismo. Levine (1967b) observó que «todas las respuestas son organísmicas –no es posible otra cosa– y todos los cambios adaptativos se consiguen por el individuo completo» (pág. 46). Levine (1969b) identificó «al menos cuatro niveles de respuestas organísmica protectora, cada uno de ellos predeterminado de forma fisiológica y cada uno de ellos utilizado para proteger al organismo de forma que pueda adaptarse de forma viable al entorno» (pág. 95). La asistencia de

enfermería se centra en el manejo de estas respuestas organísmicas integradas (holísticas) (Levine, 1969a, 1969b), que son:

1. Respuesta al miedo (lucha o huida).
   La respuesta más primitiva, las reacciones simpáticas corticosuprarrenales se activan siempre que los individuos se sienten amenazados, independientemente de que la amenaza sea real o no. La hospitalización, la enfermedad y las experiencias nuevas inducen este tipo de respuesta. Los individuos responden permaneciendo alerta para conseguir más información y poder garantizar su seguridad y bienestar (Levine, 1969b, 1973, 1989).
2. Respuesta inflamatoria-inmunitaria.
   El mecanismo que protege al organismo frente a los irritantes y patógenos ambientales, la respuesta inflamatoria-inmunitaria, es una forma de curación; sin embargo, agota las reservas de energía. Muchas intervenciones de enfermería se centran en los componentes reparativos del proceso inflamatorio-inmunitario, al tiempo que se reduce al mínimo la lesión tisular. El control ambiental para reducir la exposición a los irritantes y patógenos es también un foco importante del cuidado de enfermería (Levine, 1969b, 1973, 1989).
3. Respuesta al estrés.
   Levine (1969b) se basó en el modelo de Selye (1956) de la respuesta adaptativa al estrés, caracterizada por unas respuestas conductuales y biológicas predecibles (sobre todo hormonas corticosuprarrenales) frente a los distintos factores estresantes de la vida de tipo inespecífico. Selye aludió a la «energía adaptativa» gastada a lo largo del tiempo para responder a los factores de estrés y observó que el estrés prolongado pasa factura a los individuos, incluso provocando un estado de agotamiento cuando se agota la energía adaptativa. Puede ocurrir una lesión estructural irreversible del tejido inducida por estrés (Levine, 1969b).
4. Respuesta sensorial.
   Esta respuesta se genera por la conciencia obtenida a través de la percepción que consiguen los individuos del mundo que

les rodea a través de los estímulos sensitivos. Los individuos se encuentran inmersos de forma constante en un fondo ambiental de aferencias sensitivas, que nunca se interrumpe, ni siquiera durante el sueño. La respuesta a estas aferencias sensitivas obliga a los individuos a mantener la seguridad y buscar la plenitud (Levine, 1967b, 1969b).

Enfermería

La enfermera tiene una función de conservación, que trata de apoyar de forma activa los esfuerzos de adaptación de los pacientes para conseguir el mejor ajuste posible al ambiente (Levine, 1989), que les permita conservar la plenitud y la integridad. La enfermera y el paciente tienen papeles activos en esta conservación de la plenitud. «Las intervenciones de enfermería no solo deben fundamentarse en el conocimiento científico, sino específicamente en el reconocimiento de las respuestas conductuales del individuo que *indican la naturaleza de la adaptación que está sucediendo*» (Levine, 1966a, pág. 2452). El objetivo de la asistencia de enfermería es fomentar la adaptación y la potente tendencia del individuo de buscar la plenitud. Dado que cada individuo es único, el cuidado de enfermería de cada paciente debe individualizarse de forma importante (Levine, 1971a). Levine visualizó de forma específica al individuo sometido a cuidado de enfermería como un paciente, no un cliente, para destacar el objetivo de las enfermeras de conseguir que el paciente recupere el estado de plenitud y salud, alcanzando el máximo grado de independencia posible (Levine, 1996).

Las intervenciones de enfermería son terapéuticas y de soporte. Las primeras se centran en mejorar la adaptación y mejorar el bienestar. Las intervenciones de soporte se utilizan cuando los cuidados de enfermería no consiguen mejorar la respuesta adaptativa o «frenar el deterioro» (Levine, 1966a, pág. 2452), incluida la asistencia de enfermería de los moribundos.

Conservación

«Conservación» deriva del término latino *conservatio*, que significa «mantener junto» (Levine, 1973). La conservación es una ley natural que describe «cómo los sistemas complejos consiguen

mantener la función, incluso cuando se enfrentan a retos importantes» (Levine, 1990, pág. 192). Mediante la conservación, los individuos pueden afrontar estos retos, adaptarse a ellos y mantener su carácter único (Levine, 1990).

Los cuatro principios de la conservación

«Los principios de la enfermería son asunciones fundamentales que aportan una estructura unificadora para comprender una amplia gama de actividades enfermeras» (Levine, 1967b, pág. 45). Levine propuso cuatro «principios de conservación» para orientar la asistencia de enfermería que «parten del postulado de la unidad e integridad del individuo» (1967b, pág. 46).

Conservación de la energía

«Todos los procesos vitales dependen fundamentalmente de la producción y el gasto de energía» (Levine, 1967b, pág. 47). Este concepto fundamental del equilibrio energético se deriva de la primera ley de la termodinámica (procedente de la disciplina complementaria de la física) y se aplica a todos los elementos del universo, incluidas las personas (Levine, 1973, 1989). Los individuos deben mantener el equilibrio energético y renovar la energía de forma constante para mantener su actividad vital. Los procesos fisiopatológicos ponen en riesgo este equilibrio energético, igual que lo hacen los procesos fisiológicos normales de la curación y el envejecimiento. «La conservación de la energía es típica de la defensa natural frente a los procesos patológicos. La obnubilación y el abandono que se asocian a muchas enfermedades agudas reducen las exigencias generales de gasto energético del organismo e indican que la función fisiológica se moviliza hacia los intereses de los mecanismos de curación… La conservación de la energía durante la enfermedad aguda exige una intervención de enfermería que equilibre con cuidado los recursos y gastos que puede afrontar el individuo de forma segura» (Levine, 1967b, pág. 48).

El equilibrio energético es un aspecto fundamental de la asistencia de enfermería de los pacientes con enfermedades crónicas y agudas. «La enfermedad crónica representa una alteración de la capacidad del individuo de adaptarse al entorno, y esta alteración implica además una reasignación de los recursos

energéticos disponibles para el individuo. La aparición de una enfermedad crónica se asocia siempre a un período durante el cual el paciente debe reaprender y reajustarse» (Levine, 1967b, pág. 49). La conservación de la energía se aplica igual para fomentar la salud que durante los períodos de enfermedad. El cambio ambiental es constante, y el individuo debe adaptarse de forma continuada a los factores de estrés.

Conservación de la integridad estructural

La estructura y la función son aspectos complementarios y estrechamente interrelacionados del organismo humano. Por eso, las intervenciones de enfermería orientadas a garantizar una energía adecuada para cubrir los procesos vitales (función) se deben equilibrar con intervenciones orientadas a conservar la estructura normal del cuerpo (Levine, 1967b). En condiciones óptimas, la curación de los tejidos se asocia a mínimos cambios estructurales; sin embargo, las secuelas del proceso curativo pueden conservar la continuidad del tejido, pero a expensas de perder la organización estructural normal, con el consiguiente trastorno funcional (Levine, 1967b). En algunos casos, las alteraciones estructurales determinan una discapacidad permanente. Entonces, el foco de la asistencia de enfermería debe pasar a ser orientar a la persona discapacitada para conseguir un nuevo nivel de adaptación (Levine, 1996). Todos los cuidados de enfermería deberían mantener un foco continuo en la rehabilitación para reducir las lesiones estructurales y prevenir la discapacidad (Levine, 1967b). Levine observó que «todos los tipos de intervención quirúrgica están orientados a recuperar o rediseñar la integridad estructural» (1967b, pág. 51), y «todas las infecciones son agresiones a la integridad estructural» (1967b, pág. 51).

Conservación de la integridad personal

La conservación de la integridad personal se basa en dar valor a la identidad propia, la autoestima y el respeto por sí mismo, lo que refleja la idea de que «el cuerpo no es independiente de la mente, las emociones y el alma» (Levine, 1967b, págs. 53-54). Las intervenciones de enfermería orientadas a conservar la integridad incluyen intervenciones docentes para los pacientes, fomento de la participación del paciente en la toma de decisiones y el

consentimiento del tratamiento, y protección de la privacidad del paciente, sus posesiones personales y el apoyo de las prácticas culturales. Los intentos del paciente de conservar su integridad personal se traducen también en las respuestas psicológicas y conductuales únicas de cada uno frente a los retos de salud (Levine, 1967b). El objetivo de las enfermeras es apoyar las respuestas adaptativas individuales de cada paciente de forma que «se refuerce la integridad personal» (Levine, 1967b, pág. 55) e «impartir conocimientos y dar fuerza para que el paciente pueda reiniciar su vida privada –sin ser ya un paciente ni un ser dependiente–» (Levine, 1990, pág. 199). La naturaleza espiritual de la vida queda implícita en los conceptos de plenitud e integridad personal. Levine (1996) afirmó: «La plenitud del ser humano también es santidad, y esta santidad de la vida se manifiesta en cada uno de nosotros. Yo nunca he considerado necesario buscar la espiritualidad como algo distinto, dado que la plenitud de la vida en sí misma es testimonio de su realidad espiritual. La conservación de la integridad personal pasa por el reconocimiento de la plenitud de cada uno» (pág. 40).

Conservación de la integridad social

La integridad social se refleja en las relaciones dinámicas entre los seres humanos (Levine, 1967b). La familia es una unidad social crítica, y la vida de cada individuo «se teje» en el seno de la familia (Levine, 1967b, pág. 58), aunque la constitución del grupo social que cada uno considera su «familia» depende de cada paciente. La asistencia de enfermería orientada a conservar la integridad social incluye el cuidado de la familia además del cuidado del paciente, y «sienta los cimientos» (Levine, 1967b, pág. 59) para poder pasar el cuidado de la enfermera al paciente y su familia. La asistencia de enfermería orientada a conservar la integridad social también incluye intervenciones que ayudan al paciente a mantener su «pertenencia étnica y subcultural» dentro de la comunidad (Levine, 1967b, pág. 57), y también apoyar cualquier necesidad religiosa con conexión social. Cuando se ajusta al nivel de tolerancia del paciente, el uso adecuado de las fuentes externas de noticias y contacto social (medios de comunicación, teléfonos, televisión, etc.) contribuye a la convalecencia social (Levine, 1967b). Las intervenciones de enfermería orientadas a mantener el contacto

social pueden ser muy básicas, como el sencillo acto de colocar al paciente de forma que se facilite su comunicación con los demás y reducir la privación sensitiva (Levine, 1967b). La interacción enfermera-paciente también es una relación social en la que el paciente «puede ver su integridad reflejada en la de la enfermera» (Levine, 1967b, pág. 59).

Uso de datos empíricos

Levine (1973) basó gran parte de su obra en unos principios científicos aceptados y bien investigados. Creía que las actividades específicas de la enfermería se podían deducir a partir de principios científicos.

Principales premisas

Introduction to Clinical Nursing es un libro de texto para los estudiantes de Enfermería que comienzan sus estudios, y utiliza los principios de la conservación como marco organizador (Levine, 1969a, 1973). Aunque no las empleó de forma específica como asunciones, Levine (1973) valoró «el abordaje holístico a la asistencia de todas las personas, sanas o enfermas» (pág. 151), y el respeto por la individualidad de cada uno:

> *«En último término, las decisiones sobre las intervenciones de enfermería se deben basar en el comportamiento único de cada paciente concreto… La asistencia de enfermería centrada en el paciente implica unos cuidados individualizados… y como tal cada paciente exige una constelación única de habilidades, técnicas e ideas diseñadas de forma específica para él.»*
>
> *(Levine, 1973, pág. 6)*

Schaefer (1996) identificó las siguientes afirmaciones como asunciones sobre el modelo:

- La persona solo puede ser comprendida en el contexto de su entorno (Levine, 1973).

- «Cada sistema que mantiene el yo monitoriza su propia conducta conservando el uso de los recursos necesarios para definir su identidad única» (Levine, 1991, pág. 4).
- Los seres humanos responden de una forma singular pero integrada (Levine, 1971c).

Enfermería

Levine conceptuaba la enfermería como profesión y también como disciplina científica. La práctica enfermera se basa en los conocimientos únicos de la enfermería y también en los conocimientos científicos de otras disciplinas que contribuyen a dichos conocimientos (Levine, 1988a).

«La enfermería es una interacción humana.»

(Levine, 1973, pág. 1)

«La enfermería es una profesión, además de una disciplina académica, que siempre debe ser practicada y estudiada en concierto con todas las demás disciplinas que constituyen en conjunto las ciencias de la salud.»

(Levine, 1988a, pág. 17)

«La enfermería profesional debería estar reservada para las escasas personas que pueden completar un programa de formación tan exigente como el esperado para los profesionales de cualquier otra disciplina… Habrá muy pocas enfermeras profesionales.»

(Levine, 1965, pág. 214)

«No existen escalas mágicas que permitan a las enfermeras medir la multiplicidad de factores que influyen en un individuo determinado. En último término, las decisiones para las intervenciones de enfermería se deben basar en la conducta propia del paciente concreto. Es misión de las enfermeras aplicar el

corpus de principios científicos en los que se basan las decisiones en la situación concreta que comparte con el paciente. Una observación sensible y la selección de los datos importantes forman la base de la evaluación de las necesidades de asistencia enfermera en cada caso. Una teoría de la enfermería debe reconocer la importancia del detalle único del cuidado del paciente concreto en el contexto de un marco empírico que describe con éxito las necesidades de todos los pacientes en conjunto.»

(Levine, 1969a, pág. 6)

La esencia de la *enfermería* según el modelo de Levine es la siguiente:

1. «El objetivo de la enfermería es fomentar la adaptación y mantener la integridad» (1971a, pág. 258).
2. «La enfermera participa de forma activa en los entornos de todos los pacientes, y gran parte de su actividad consiste en apoyar los ajustes que el paciente tiene que hacer en su lucha contra la enfermedad» (Levine, 1966a, pág. 2452).
3. «Cuando la intervención de enfermería influye de forma favorable sobre la adaptación o contribuye a renovar el bienestar social, la enfermera estará actuando en un sentido terapéutico; cuando la respuesta es desfavorable, el cuidado será de apoyo» (1966a, pág. 2450).
4. «Todos los principios de la enfermería se corresponden con principios de "conservación"» (1973, pág. 13).

Los cuatro principios de conservación son:

1. Conservación de la energía del individuo.
2. Conservación de la integridad estructural del individuo.
3. Conservación de la integridad personal del individuo.
4. Conservación de la integridad social del individuo (1989, pág. 331).

Levine (1966a, 1966b) propuso el uso del término *troficognosis* (que alude al uso del método científico para desarrollar un juicio para la asistencia de enfermería) como alternativa al diagnóstico

enfermero.

Los principales trabajos teóricos de Levine no desarrollan este concepto, de forma que no parece que lo considerara un componente de su modelo de conservación en enfermería.

Persona

La **persona** se describe como ser holístico; la plenitud es la integridad (Levine, 1991). Integridad implica que la persona dispone de libertad de elección y movimiento. La persona tiene un sentido de la identidad y el propio valor. Levine describió también a la persona como «sistema de sistemas, y su plenitud expresa la organización de todas las partes implicadas» (págs. 8-9). Las personas experimentan la vida como un cambio mediante la adaptación; el objetivo de la adaptación es conservar la plenitud. Según Levine (1989), «el proceso de la vida es el proceso del cambio» (pág. 326). Levine alude intencionadamente a la persona que recibe cuidados de enfermería como *paciente:*

> *«La palabra paciente procede del latín "sufrir", mientras que la palabra cliente procede del latín "seguir"… Cualquier persona que entra en la dependencia de la asistencia sanitaria es un paciente. Las enfermeras realizan todos los servicios que necesite –incluso solo el asesoramiento en materia de salud– pero solo mientras se necesiten sus servicios profesionales. En ese momento debe terminar la dependencia. Yo quiero que el paciente se aleje de mí. Como participantes en su cuidado, los individuos deben conservar parte de su independencia y no deberían ser descritos como seguidores.»*
>
> *(1996, pág. 40)*

Salud

La *salud* viene determinada socialmente por la capacidad de funcionar de un modo razonablemente normal (Levine, 1969b). La salud no es solo la ausencia de patología. La salud es la recuperación del yo; los individuos son libres y tienen capacidad de

seguir sus propios intereses con sus propios recursos. Incluso para el mismo individuo, la definición de *salud* cambiará con el tiempo. Levine resaltó:

«Es importante recordar que la salud viene también determinada por aspectos culturales: no se trata de una entidad en sí misma, sino de una definición marcada por el origen y la creencia de los grupos a los que pertenece cada individuo.»

(Levine, comunicación personal, 21 de febrero de 1995)

Entorno

Entorno es el contexto en el cual los individuos desarrollan sus vidas. No se trata de un medio pasivo. «El individuo participa de forma activa en su entorno» (Levine, 1973, pág. 443). «Todas las adaptaciones representan la acomodación que es posible entre el entorno externo e interno» (1973, pág. 12). Una serie de procesos bioquímicos complejos median la relación entre el entorno interno (procesos fisiológicos y fisiopatológicos) y externo, constituido por componentes perceptuales, operativos y conceptuales (1973, 1989). «El *proceso* de la interacción es la *adaptación*» (1989, pág. 326).

Fundamentos teóricos

Aunque se pueden generar muchas afirmaciones teóricas a partir del trabajo de Levine, las cuatro principales son:

1. «La intervención de enfermería se basa en la conservación de la energía de cada paciente concreto» (Levine, 1967b, pág. 49).
2. «La intervención de enfermería se basa en la conservación de la integridad estructural de cada paciente concreto» (Levine, 1967b, pág. 56).
3. «La intervención de enfermería se basa en la conservación de la integridad personal de cada paciente concreto» (Levine, 1967b, pág. 56).
4. «La intervención de enfermería se basa en la conservación de

> la integridad social de cada paciente concreto» (Levine, 1967a, pág. 179).

Levine (1991) aportó algunas ideas sobre las dos teorías en los primeros estadios de desarrollo. La **teoría de la intención terapéutica** trata de aportar una base para las intervenciones de enfermería, que se centra en la realidad biológica del paciente. La teoría fluye de forma natural a partir de los principios de conservación. La **teoría de la redundancia** expande el dominio de la redundancia de la adaptación y ofrece explicaciones para las opciones redundantes que aparecen en el envejecimiento y en la adaptación fisiológica a una insuficiencia cardíaca.

Planteamiento lógico

Levine utiliza principalmente la lógica deductiva. A la hora de desarrollar su modelo, Levine integra teorías y conceptos derivados de las humanidades y de las ciencias de la enfermería, la fisiología, la psicología y la sociología. Emplea la información para analizar situaciones prácticas de la enfermería, y describe las habilidades y actividades en este campo. Con la ayuda de muchos de sus alumnos y colaboradores, y gracias a sus propios encuentros personales, Levine experimentó el modelo de conservación y sus principios de forma operativa en la práctica.

Aplicaciones por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

Es posible emplear los principios de la conservación y otros conceptos de este modelo en numerosos contextos (Fawcett, 2000; Levine, 1990; 1991; Schaefer y Pond, 1991, 1994). El modelo de Levine se ha aplicado a la práctica de la enfermería con muchos tipos de pacientes:

- Neonatos (Langer, 1990; Mefford, 2004; Newport, 1984;

Tribotti, 1990).
- Niños (Dever, 1991; Savage y Culbert, 1989).
- Mujeres de parto (Roberts, Fleming y Yeates-Giese, 1991).
- Mujeres con enfermedades crónicas (Schaefer, 1996).
- Mujeres afroamericanas con fibromialgia (Schaefer, 2005).
- Adultos ancianos (Abumaria, Hastings-Tolsma y Sakraida, 2015; Hirschfeld, 1976).
- Pacientes oncológicos (O'Laughlin, 1986; Webb, 1993).
- Pacientes con disfunción neurológica (Taylor y Ballenger, 1980).
- Pacientes con sepsis (Chang et al., 2013).
- Personas sin hogar (Pond, 1990).
- Fatiga de la insuficiencia cardíaca (Schaefer, 1990; Schaefer y Shober-Potylycki, 1993).
- Trastornos del sueño tras la cirugía de derivación de la arteria coronaria (Schaefer et al., 1996).
- Estudio de la capacidad respiratoria (Roberts et al., 1994; Roberts, Brittin y deClifford, 1995).
- Cuidados críticos y cardíacos (Brunner, 1985; Delmore, 2006; Lynn-McHale y Smith, 1991; Molchany, 1992).
- Cuidado de las heridas y enfermería de las enterostomías (Cooper, 1990; Leach, 2006; Neswick, 1997).
- Enfermería perioperatoria (Crawford-Gamble, 1986).
- Transiciones vitales en las enfermedades graves (Fawcett, Tulman y Samarel, 1995).
- Dirección del personal de enfermería, manejo de los resultados y mejora de la calidad (Fawcett, 2014; Jost, 2000; Taylor, 1974).

Formación

Levine (1969a, 1973) escribió su obra *Introduction to Clinical Nursing* como una estructura organizativa para la docencia de la enfermería médico-quirúrgica a estudiantes en los primeros años formativos. Introdujo nuevo material en los currículos, y presentó un comentario inicial sobre la muerte y el acto de morir. El manual del profesor que acompaña a este texto sigue siendo una fuente

actualizada de principios formativos, que puede resultar útil a profesores novatos y también expertos (Levine, 1971b). Aunque la obra se titula como introducción, los estudiantes que empiezan en este campo se beneficiarían de una base en ciencias sociales y físicas para poder utilizarlo. Este problema se solventó en la segunda edición con un mayor énfasis en los principios científicos. Las evidencias que apoyan este modelo se han integrado con buenos resultados en los currículos de pregrado y de grado (Grindley y Paradowski, 1991; Schaefer, 1991a). Levine es también la autora de *Renewal for Nursing* (1971c), una obra dirigida a enfermeras que regresan a la práctica activa tras un período de inactividad. Sigue existiendo interés en aplicar el modelo de conservación como guía para la docencia de pregrado (Diniz y Avelar, 2009).

Investigación

Fawcett (1995) retó a los investigadores a realizar estudios en diversos escenarios clínicos y a diseñar «estudios que valoren de forma directa las estructuras conceptuales-teóricas-empíricas derivadas de los principios de conservación o relacionadas con ellos» (pág. 208). El modelo de Levine permite generar muchas preguntas de investigación (Fawcett, 2000; Radwin y Fawcett, 2002; Schaefer, 1991b). Los investigadores han empleado los principios de conservación como modelo para orientar la investigación en una amplia gama de situaciones clínicas:

- Confusión en ancianos hospitalizados (Foreman, 1989).
- Cuidados críticos (Ballard et al., 2006).
- Uso de la musicoterapia en asistencia aguda (Gagner-Tjellesen, Yurkovich y Gragert, 2001).
- Enfermería neonatal (Mefford y Alligood, 2011a, 2011b).
- Fatiga en pacientes oncológicos (Mock et al., 2007).
- Ajuste de los pacientes a una ostomía (Gomes et al., 2011).
- Enfermería perioperatoria (Basso y Piccoli, 2004; Florio y Galvao, 2003; Piccoli y Galvao, 2001; 2005).
- Lumbalgia (Melancon y Miller, 2005).
- Efectos del ejercicio (Hanna, 2008).
- Violencia frente a las mujeres (Netto et al., 2014).

Evolución

Levine y otros autores han trabajado sobre el uso de los principios de la conservación para la taxonomía diagnóstica en enfermería (Stafford, 1996; Taylor, 1974; 1989). Es posible obtener teorías de rango medio a partir del modelo de conservación para distintas situaciones de enfermería y desarrollar de este modo hipótesis de investigación específicas, que luego se convierten en propuestas teóricas y se pueden analizar. Mefford (2004) desarrolló una teoría de rango medio sobre la promoción de la salud para los lactantes prematuros basada en el modelo de conservación de Levine y que fue analizada por Mefford y Alligood (2011a, 2011b). Una prueba principal de la teoría que usa el modelado de ecuación estructural reveló que el efecto de la integridad fisiológica de los lactantes prematuros al nacer sobre la edad a la que se consiguió la salud venía mediado por completo por el grado de constancia de los profesionales enfermeros encargados del cuidado (2001a). El estudio de otras pruebas de investigación secundarias indicó que la constancia de los profesionales de enfermería responsables del cuidado también servía como mediador parcial de los efectos de la integridad fisiológica al nacer sobre el uso de los recursos clínicos por los lactantes prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatal (2011b).

El modelo de conservación está atrayendo cada vez más un interés global, y varias publicaciones recientes han empleado este modelo para orientar la práctica, y se han publicado trabajos en portugués, español y chino. En 2001, Schaefer valoró la posibilidad de emplear el modelo de conservación como guía para el futuro de la enfermería. El uso mantenido de este modelo en EE. UU., combinado con el interés global descrito, valida las predicciones de Schaefer.

Crítica

Claridad

El modelo de Levine tiene claridad. Fawcett (2000) afirma que «el modelo de conservación de Levine dota a la enfermería de una

perspectiva holística y congruente lógicamente de la persona» (pág. 189). George (2002) afirma que «esta teoría orienta las acciones de enfermería hacia el logro de resultados favorables» (pág. 237). El modelo incluye numerosos términos; sin embargo, Levine los define adecuadamente y los deja claros.

Sencillez

Aunque los cuatro principios de conservación parecen sencillos inicialmente, contienen subconceptos y múltiples variables. A pesar de todo, este modelo sigue siendo uno de los más fáciles de comprender.

Generalidad

Los cuatro principios de la conservación se pueden utilizar en todos los contextos de la enfermería.

Accesibilidad

Levine usó la lógica deductiva para desarrollar su modelo, que se ha utilizado para generar preguntas de investigación. Dado que vivió su modelo de conservación, comprobó el uso del razonamiento inductivo para avanzar en el desarrollo e información de su modelo (Levine, comunicación personal, 17 de mayo de 1989).

Importancia

El modelo de conservación de Levine se reconoce como uno de los primeros modelos de enfermería que organizó y aclaró los elementos de cuidado del paciente para la práctica enfermera. Además, este modelo sigue demostrando su utilidad en la práctica y la investigación de forma potente, y cada vez es más reconocido en este siglo XXI.

Resumen

Levine desarrolló su modelo de conservación para generar un marco en el que enseñar a los alumnos de Enfermería en los primeros años. En el primer capítulo de su obra introduce sus

asunciones sobre el holismo y su percepción de que los principios de conservación fomentan un abordaje holístico al cuidado del paciente (Levine, 1969a, 1973). El modelo tiene congruencia lógica, es consistente a nivel interno y externo, es amplio y profundo, y puede ser comprendido por los profesionales y los consumidores de la asistencia sanitaria. Las enfermeras utilizan el modelo de conservación para orientar la asistencia de enfermería de forma que se anticipe, explique y prediga las necesidades de cuidados del paciente. Sin embargo, está indicado seguir poniendo a prueba este modelo para ver cómo su utilización influye en los resultados del cuidado. El modelo de conservación de enfermería es igual de aplicable a la práctica y la ciencia enfermera hoy que cuando se desarrolló, porque Levine (1990) decía que «siempre que la enfermería resulte esencial, se pueden aplicar las reglas de la conservación y la integridad» (pág. 195).

Caso clínico*

Yolanda es una mujer casada afroamericana de 55 años, madre de dos hijos adultos, con antecedentes de carcinoma de mama. Fue diagnosticada de fibromialgia 2 años antes, tras llevar años de dolores musculares no explicados y un cuadro que había interpretado como artritis. El diagnóstico le supuso un alivio; leyó sobre el tema y aprendió a cuidar de sí misma. En estos últimos 2 meses Yolanda dejó de tomar los fármacos, porque acudió a un nuevo profesional de atención primaria y quería empezar su cuidado «de cero». Además de sus obligaciones familiares, se encuentra terminando un grado en inglés. Cuando acudió a consulta, le dijo a la enfermera que tenía el peor dolor del mundo.

Usando el modelo de conservación de Levine, la enfermera completa una evaluación exhaustiva orientada a desarrollar el plan de cuidados. Para ello evalúa las características del entorno interno y externo, y valora el grado de adecuación del ajuste adaptativo que ha conseguido Yolanda en respuesta a las condiciones ambientales cambiantes por este problema de salud. Se planifica la asistencia de enfermería usando los principios de conservación. El diagnóstico de fibromialgia en esta paciente se basó en un conjunto de síntomas de presentación (dolor, fatiga e insomnio), tras descartar otros procesos.

Se hizo una evaluación del **entorno interno** (procesos fisiológicos y fisiopatológicos) mediante una exploración física detallada y con diversas pruebas analíticas y diagnósticas, todas ellas con resultados normales.

El **entorno externo** incluye factores perceptuales, operativos y conceptuales. Los factores perceptuales se perciben mediante las aferencias sensitivas. Yolanda refería unos antecedentes de fatiga sin causa aparente y sensación de dolor de años de evolución. Recientemente había suspendido el tratamiento farmacológico «para limpiarse». Sin embargo, decía que el dolor se había vuelto insoportable y casi le impedía dormir. Destacaba que cuando conseguía dormir al menos 6 h por la noche, el dolor era menos intenso. La situación actual de insomnio se asociaba a un dolor de gran intensidad.

Los **factores operativos** son amenazas del entorno que la paciente no puede percibir a través de los sentidos. Yolanda describía dolor intenso en respuesta al tiempo frío y los cambios de la presión barométrica.

El **entorno conceptual** incluye valores culturales y personales sobre la asistencia sanitaria, el significado de la salud y la enfermedad, el conocimiento sobre el cuidado de la salud, la formación, el uso del lenguaje y las creencias espirituales. En respuesta a su cáncer de mama, Yolanda desarrolló su espiritualidad rezando y leyendo la Biblia. Cree que esto la está ayudando ahora también a superar el dolor asociado a la enfermedad actual.

La **conservación de la energía** se centra en el equilibrio entre el aporte y el gasto de energía para prevenir una fatiga excesiva. Yolanda refiere que la fatiga «se adueña de ella». Tiene dificultades para realizar sus tareas domésticas. Un día de trabajo se suele seguir de 1 día de encamamiento por una fatiga extrema. Sus concentraciones de hemoglobina y hematocrito son normales, y también lo es la saturación de oxígeno. Estos resultados normales de los parámetros fisiológicos son típicos de los pacientes con fibromialgia.

La **conservación de la integridad estructural** consiste en mantener la estructura del cuerpo para fomentar un funcionamiento normal. El tratamiento de la fibromialgia se centra

en reducir los síntomas. Los síntomas de Yolanda no se pueden explicar por una alteración estructural o física, pero, a pesar de todo, percibe dolor y fatiga importantes. Es importante reconocer que sus síntomas son reales y trabajar con la paciente para determinar si las actividades de la vida diaria se traducen en cambios en los patrones de la enfermedad. Además, Yolanda cree que está atravesando la menopausia (un cambio fisiológico normal de la estructura corporal) y tiene problemas para determinar si los síntomas se deben a esta o a la fibromialgia.

Al profundizar en la anamnesis, Yolanda reveló que estaba diagnosticada desde varios años antes de síndrome del intestino irritable. Este cuadro representa un riesgo adicional para la integridad estructural. No está preocupada por el estreñimiento, pero sí por los accesos súbitos de diarrea. Teme ir a clase y siente vergüenza ante un posible «accidente». Las intervenciones orientadas a conservar la integridad estructural incluyen intervenciones para mantener la función intestinal normal y mejorar el estado nutricional de esta paciente.

La **integridad personal** consiste en mantener el sentido del propio valor y la autoestima. Yolanda describió que «había perdido el control» cuando se le diagnosticó el cáncer de mama. Un amigo muy querido la convenció de acudir a la iglesia y la animó a rezar. Cuando sentía pena de sí misma, se iba a su habitación y leía la Biblia, lloraba por dentro y rezaba. La paciente cree que la plegaria y la Biblia la ayudaron a conseguir curarse. Sigue rezando y leyendo la Biblia para conseguir la fuerza que necesita para convivir con su enfermedad. También cree que necesita ser capaz de reírse de algunos aspectos de su situación, porque el humor la ayuda a sentirse mejor. Busca de forma activa información de salud, lo que se ha traducido en una búsqueda sobre la fibromialgia para aumentar sus conocimientos. Está más preocupada porque podría no ser capaz de caminar tanto como le gustaba antes. Uno de sus pasatiempos favoritos era comprar zapatos en los centros comerciales, algo que ahora le resulta difícil.

La **integridad social** reconoce que el paciente es un ser social. Yolanda es una mujer casada con dos hijos mayores. Oculta muchos de sus sentimientos a sus hijos, pero los comparte con su esposo, que la apoya. Entre los cuidados que le presta se incluye

llevarla a los lugares a los que tiene que ir (como ir a comprar verduras) y asegurarse de que acuda a sus citas médicas a tiempo.

Un plan inicial de cuidado de Yolanda incluye intervenciones basadas en los cuatro principios de conservación:

- *Conservación de la energía:* 1) comente estrategias para compensar la actividad y el reposo; 2) comente estrategias para conseguir un sueño reparador; 3) comente los abordajes farmacológicos y no farmacológicos del dolor, y 4) valore la ingesta nutricional para garantizar unas reservas energéticas adecuadas.
- *Conservación de la integridad estructural:* 1) comente cualquier modificación necesaria en la actividad para prevenir las lesiones; 2) valore la dieta para identificar posibles alimentos que agraven los síntomas digestivos; 3) comente el proceso fisiológico normal de la menopausia y los síntomas asociados, y 4) plantéese estudios analíticos complementarios o derivación de la paciente para medir concentraciones de hormonas y valore si está indicado algún tratamiento adicional para aliviar los síntomas menopáusicos.
- *Conservación de la integridad personal:* 1) valide la experiencia de la enfermedad; 2) fomente que siga rezando, leyendo la Biblia y manteniendo el humor para que se sienta mejor, y 3) comente las estrategias orientadas a ayudarle a manejar la ansiedad causada por el síndrome del intestino irritable, incluidos los abordajes farmacológicos y no farmacológicos.
- *Conservación de la integridad social:* 1) felicite a Yolanda por las sólidas relaciones familiares que ha forjado y anímela a seguir colaborando con su familia para optimizar su salud; 2) tras obtener el permiso de la paciente, charle con el marido para responder a sus dudas sobre la situación de la mujer y comentar cómo pueden seguir colaborando para mejorar su salud, y 3) felicite a Yolanda por seguir tratando de cumplir su objetivo de terminar el grado de inglés y comente con ella las estrategias para tratar el síndrome del intestino irritable y manejar los problemas para conseguir que se sienta más tranquila a la hora de ir a clase.

Durante el seguimiento de Yolanda, estos logros sugieren que se ha logrado una adaptación eficaz que conserva la plenitud y la integridad:

- Se siente descansada, con 6 h de sueño ininterrumpido.
- Reducción del dolor y de la fatiga.
- Distingue los síntomas de la menopausia y de la fibromialgia.
- Colabora con los profesionales sanitarios en el tratamiento de los síntomas de la menopausia.
- Refiere alivio por la plegaria, la lectura de la Biblia y el humor.
- Mínimos síntomas intestinales adversos y adecuado nivel nutricional.
- Relaciones saludables con la familia y los amigos.
- Acude a clase y participa en las actividades sociales con limitaciones mínimas.

* Este caso clínico se ha desarrollado a partir de un estudio de fibromialgia (Schaefer, 2005). Se ha empleado un nombre falso para proteger la privacidad y el anonimato.

Actividades de pensamiento crítico

1. ¿Existe algún aspecto del cuidado de Yolanda que desearía añadir al plan cuando considere el cuidado de enfermería en relación con los principios de conservación?
2. Cumplimente un diario reflexivo sobre una experiencia personal de salud o enfermedad y aplique el modelo de conservación a dicha experiencia.
3. Cuando se plantee la aplicación de los principios de conservación en la pregunta 2, ¿qué aspectos de la asistencia se evalúan que no estaban incluidos previamente en sus planes de cuidado?
4. Utilice la perspectiva del modelo de conservación para identificar qué puede faltar en las experiencias de simulación de la práctica enfermera. ¿Qué capta que otras perspectivas no detectan?

5. Sugiera cómo podría empezar a desarrollar su propio estilo de práctica enfermera usando el modelo de conservación.

Referencias para ampliar conocimientos

- Cardinal Stitch University Library, Nursing Theorist Myra Levine, en https://www.stritch.edu/Library/Doing-Research/Research-by-Subject/Health-Sciences-Nursing-Theorists/Nursing-Theorists/.
- Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego, en http://www.sandiego.edu/nursing/research/nursing-theory-research.php/.
- Schaefer, K. (2014). Levine's conservation nursing model in nursing practice (pp. 181–199). En M. R. Alligood, *Nursing theory: Utilization & application,* 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier.
- *The nursing theorist: Portraits of excellence.* "Myra Levine" (vídeo, CD o recurso electrónico). Oakland: Studio III, Oakland, CA. Disponible en Fitne, Inc., 5 Depot Street, Athens, Ohio 45701, o en https://www.fitne.net/nurse_theorists1.jsp.

Bibliografía

Abumaria IM, Hastings-Tolsma M, Sakraida TJ. Levine's conservation model: A framework for advanced gerontology nursing practice. *Nursing Forum*. 2015;50(3):179–188.

Ballard N, Robley L, Barrett D, Fraser D, Mendoza I. Patients' recollections of therapeutic paralysis in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2006;15(1):86–94.

Basso RS, Piccoli M. Post-anesthesic [sic] recuperation unit: Nursing diagnosis based in Levine's conceptual frame (Portuguese with English abstract). *Revista Electronica de Enfermagem*. 2004;6(3):309–323.

Bates M. A naturalist at large. *Natural History*. 1967;76(6):8–16.

Beland I. *Clinical nursing: Pathophysiological and psychosocial implications*. 2nd ed New York: Macmillan; 1971.

Brunner M. A conceptual approach to critical care nursing using Levine's model. *Focus on Critical Care*. 1985;12(2):39–40.

Chang NY, Lai TY, Liu YJ, Huang TY. A nursing case experience using

Levine's conservation model to provide sepsis care (Chinese with English abstract). *Journal of Nursing*. 2013;60(2):103–110.

Cooper DH. Optimizing wound healing: A practice within nursing domains. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(1):165–180.

Crawford-Gamble PE. An application of Levine's conceptual model. *Perioperative Nursing Quarterly*. 1986;2(1):64–70.

Delmore BA. Levine's framework in long-term ventilated patients during the weaning course. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19(3):247–258.

Dever M. Care of children. In: Schaefer KM, Pond JB, eds. *The Conservation Model: A framework for nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 1991:71–82.

Diniz SN, Avelar MCQ. Teaching nurses from health institutions in a private university (Portugese with English abstract). *Ciencia, Cuidado e Saude*. 2009;8(2):176–183.

Dubos R. *Mirage of health*. Garden City, NY: Doubleday; 1961.

Dubos R. *Man adapting*. New Haven, CT: Yale University Press; 1965.

Erikson EH. *Insight and responsibility*. New York: W. W. Norton; 1964.

Erikson EH. *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton; 1968.

Fawcett J. Levine's conservation model. In: Fawcett J, ed. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1995:165–215.

Fawcett J. Levine's conservation model. In: Fawcett J, ed. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 2000:151–193.

Fawcett J. Thoughts about conceptual models, theories, and quality improvement projects. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27(4):336–339.

Fawcett J, Tulman L, Samarel N. Enhancing function in life transitions and serious illness. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1995;1:50–57.

Florio MCS, Galvao CM. Surgery in out-patient units: Identification of nursing diagnoses in the perioperative period. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003;11(5):630–637.

Foreman MD. Confusion in the hospitalized elderly: Incidence, onset, and associated factors. *Research in Nursing and Health*. 1989;12(1):21–29.

Gagner-Tjellesen D, Yurkovich EE, Gragert M. Use of music therapy and other ITNIs in acute care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2001;39(10):26–37.

George JB. The conservation principles: A model for health. In: George J, ed. *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002:225–240.

Gibson JE. *The senses considered as perceptual systems*. Boston: Houghton

Mifflin; 1966.

Goldstein K. *The organism*. Boston: Beacon Press; 1963.

Gomes AMS, Vasconcelos MA, da Silva RCC, Neto FRGX. Feelings and expectations of subject with ostomy in light of the conceptual model of Levine (Spanish with English abstract). *Enfermeria Comunitaria*. 2011;7(1):7.

Grindley J, Paradowski MB. Developing an undergraduate program using Levine's model. In: Schaefer KM, Pond JB, eds. *Levine's conservation model: A framework for nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 1991:199–208.

Hall ET. *The hidden dimension*. Garden City, NY: Doubleday; 1966.

Hanna LR, Avila PF, Meteer JD, Nicholas DR, Kaminsky LA. The effects of a comprehensive exercise program on physical function, fatigue, and mood in patients with various types of cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2008;35(3):461–469.

Hirschfeld MJ. The cognitively impaired older adult. *American Journal of Nursing*. 1976;76(12):1981–1984.

Jost SG. An assessment and intervention strategy for managing. *Journal of Nursing Administration*. 2000;30(1):34–40.

Langer VS. Minimal handling protocol for the intensive care nursery. *Neonatal Network*. 1990;9(3):23–27.

Leach MJ. Using Levine's conservation model to guide practice. *Ostomy Wound Management*. 2006;52(8):74–80.

Levine ME. The professional nurse and graduate education. *Nursing Science*. 1965, June;3(3):206.

Levine ME. Adaptation and assessment: A rationale for nursing intervention. *American Journal of Nursing*. 1966;66(11):2450–2454.

Levine ME. Trophicognosis: An alternative to nursing diagnosis. *American Nurses Association Regional Clinical Conferences*. 1966;2:55–70.

Levine ME. For lack of love alone. *Minnesota Nursing Accent*. 1967 Dec;39:179.

Levine ME. The four conservation principles of nursing. *Nursing Forum*. 1967;6(1):45–59.

Levine ME. *Introduction to clinical nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1969.

Levine ME. The pursuit of wholeness. *American Journal of Nursing*. 1969;69(1):93.

Levine ME. Holistic nursing. *Nursing Clinics of North America*. 1971;6(2):253–263.

Levine ME. *Instructor's guide to introduction to clinical nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1971.

Levine ME. *Renewal for nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1971: [Translated into Hebrew, Am Oved, Jerusalem, 1978.].

Levine ME. *Introduction to clinical nursing*. 2nd ed Philadelphia: F. A. Davis; 1973.

Levine, M. E. (1984, April). *A conceptual model for nursing: The four conservation principles*. Proceedings from Allentown College of St. Francis Conference, Philadelphia.

Levine ME. Antecedents from adjunctive disciplines: Creation of nursing theory. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(1):16–21.

Levine ME. The four conservation principles: Twenty years later. In: Riehl-Sisca J, ed. *Conceptual models for nursing practice*. 3rd ed New York:: Appleton-Century-Crofts; 1989:325–337.

Levine ME. Conservation and integrity. In: Parker M, ed. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1990:189–201.

Levine ME. The conservation principles: A model for health. In: Schaefer K, Pond J, eds. *Levine's conservation model: A framework for nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 1991:1–11.

Levine ME. Nightingale redux. In: Barnum BS, ed. *Nightingale's notes on nursing*. Philadelphia: Lippincott; 1992:39–43.

Levine ME. The conservation principles: A retrospective. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(1):38–41.

Lynn-McHale DJ, Smith A. Comprehensive assessment of families of the critically ill. *AACN clinical Issues in Critical Care Nursing*. 1991;2(2):195–209.

Mefford, L.C. (1999). *The relationships of nursing care to health outcomes of preterm infants: Testing a theory of health promotion for preterm infants based on Levine's Conservation Model*. Doctoral Dissertation, University of Tennessee, Knoxville, Dissertation Abstracts International, 60(09B), 4522.

Mefford LC. A theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17(3):260–266.

Mefford LC, Alligood MR. Testing a theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing. *Journal of Theory Construction and Testing*. 2011;15(2):41–47.

Mefford LC, Alligood MR. Evaluating nurse staffing patterns and neonatal intensive care unit outcomes using Levine's conservation model of nursing. *Journal of Nursing Management*. 2011;19(11):998–1011.

Melancon B, Miller LH. Massage therapy versus traditional therapy for low back pain relief. *Holistic Nursing Practice*. 2005;19(3):116–121.

Mid-Year Convocation: Loyola University, Chicago. (1992). The Conferring

of Honorary Degrees by R. C. Baumhart, Candidate for the degree of Doctor and Humane Letters, 6.

Mock V, St Ours C, Hall S, Bositis A, Tillery M, Belcher A, et al. Using a conceptual model in nursing research—mitigating fatigue in cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(5):503–512.

Molchany CB. Ventricular septal and free wall rupture complicating acute MI. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1992;6(4):38–45.

Neswick RS. Myra E. Levine: A theoretical basis for ET nursing. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 1997;24(1):6–9.

Netto LD, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrell MAR, Bravo MD. Violence against women and its consequences (Published in both English and Portuguese). *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014;27(5):458–464.

Newport MA. Conserving thermal energy and social integrity in the newborn. *Western Journal of Nursing Research*. 1984;6(2):175–197.

O'Laughlin KM. Change in bladder function in the woman undergoing radical hysterectomy for cervical cancer. *Journal of Obstetrical and Gynecological and Neonatal Nursing*. 1986;15(5):380–385.

Piccoli M, Galvao CM. Perioperative nursing: Identification of the nursing diagnosis infection risk based on Levine's conceptual model (Portuguese with English abstract). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2001;9(4):37–43.

Piccoli M, Galvao CM. Pre-operative nursing visit: Methodological proposal based on Levine's conservation model. (Portuguese with English abstract). *Revista Electronica de Enfermagem*. 2005;7(3):365–371.

Pond JB. Application of Levine's conservation model to nursing the homeless community. In: Parker ME, ed. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1990:203–215.

Pond JB. Myra Levine, nurse educator and scholar dies. *Nursing Spectrum*. 1996;5(8):8.

Radwin L, Fawcett J. A conceptual model based programme of nursing research: Retrospective and prospective applications. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;40(3):355–360.

Roberts JE, Fleming N, Yeates-Giese D. Perineal integrity. In: Schaefer KM, Pond JB, eds. *The conservation model: A framework for nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 1991:61–70.

Roberts KL, Brittin M, Cook M, deClifford J. Boomerang pillows and respiratory capacity. *Clinical Nursing Research*. 1994;3(2):157–165.

Roberts KL, Brittin M, deClifford J. Boomerang pillows and respiratory capacity in frail elderly women. *Clinical Nursing Research*. 1995;4(4):465–471.

Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.

Savage TA, Culbert C. Early intervention: The unique role of nursing. *Journal of Pediatric Nursing*. 1989;4(5):339–345.

Schaefer KM. A description of fatigue associated with congestive heart failure: Use of Levine's conservation model. In: Parker ME, ed. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1990:217–237.

Schaefer KM. Developing a graduate program in nursing: Integrating Levine's philosophy. In: Schaefer KM, Pond JB, eds. *Levine's conservation model: A framework for nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 1991:209–218.

Schaefer KM. Levine's conservation principles and research. In: Schaefer KM, Pond JB, eds. *Levine's conservation model: A framework for nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 1991:45–60.

Schaefer KM. Levine's conservation model: Caring for women with chronic illness. In: Walker PH, Neuman B, eds. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration*. New York: National League for Nursing Press; 1996:187–228.

Shaefer KM. The lived experience of fibromyalgia in African American women. *Holistic Journal of Nursing*. 2005;19(1):17–25.

Schaefer KM. Levine's conservation model in nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed St Louis: Mosby-Elsevier; 2014:181–199.

Schaefer KM, Pond JB, eds. *Levine's conservation model: A framework for nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 1991.

Schaefer KM, Pond J. Levine's conservation model as a guide to nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(2):53–54.

Schaefer KM, Shober Potylycki MJ. Fatigue in congestive heart failure: Use of Levine's conservation model. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18(2):260–268.

Schaefer KM, Swavely D, Rothenberger C, Hess S, Willistin D. Sleep disturbances post coronary artery bypass surgery. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 1996;11(1):5–14.

Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill; 1956.

Sherrington A. *Integrative function of the nervous system*. New York: Charles Scribner's Sons; 1906.

Stafford MJ. In tribute: Myra Estrin Levine, Professor Emerita, MSN, RN. *FAAN. Chart*. 1996;93(3):5–6.

Taylor JW. Measuring the outcomes of nursing care. *Nursing Clinics of*

North America. 1974;9:337–348.

Taylor JW. Levine's conservation principles: Using the model for nursing diagnosis in a neurological setting. In: Riehl-Sisca JP, ed. *Conceptual models for nursing practice*. 3rd ed Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1989:349–358.

Taylor JW, Ballenger S. *Neurological dysfunction and nursing interventions*. New York: McGraw-Hill; 1980.

Tribotti S. Admission to the neonatal intensive care unit: Reducing the risks. *Neonatal Network*. 1990;8(4):17–22.

Webb H. Holistic care following a palliative Hartmann's procedure. *British Journal of Nursing*. 1993;2(2):128–132.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Levine ME. Nightingale redux. In: Barnum BS, ed. *Nightingale's notes on nursing: Commemorative edition with commentaries by nursing theorists*. Philadelphia: Lippincott; 1992.

Levine ME. Some further thoughts on nursing rhetoric. In: Kikuchi JF, Simmons H, eds. *Developing a philosophy of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994:104–109.

Artículos de revistas

Levine ME. Florence Nightingale: The legend that lives. *Nursing Forum*. 1963;2(4):24–35.

Levine ME. Not to startle, though the way were steep. *Nursing Science*. 1964;2(1):58–67.

Levine ME. There need be no anonymity. *First*. 1964;18(9):4.

Levine ME. Medicine-nursing dialogue belongs at patient's bedside. *Chart*. 1967;64(5):136–137.

Levine ME. This I believe: About patient-centered care. *Nursing Outlook*. 1967;15(2):53–55.

Levine ME. Knock before entering personal space bubbles (part 1). *Chart*. 1968;65(2):58–62.

Levine ME. Knock before entering personal space bubbles (part 2). *Chart*. 1968;65(3):82–84.

Levine ME. The pharmacist in the clinical setting: A nurse's viewpoint. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1968;25(4):168–171.: [Also

translated into Japanese and published in *Kyushu National Hospital Magazine* for Western Japan.].

Levine ME. Constructive student power. *Chart*. 1969 Feb;66(2):42FF.

Levine ME. Small hospital—Big nursing. *Chart*. 1969;66(10):265–269.

Levine ME. Small hospital—Big nursing. *Chart*. 1969;66(11):310–315.

Levine ME. Breaking through the medications mystique. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1970;27(4):294–299: *American Journal of Nursing, 70*(4), 799–803.

Levine ME. Dilemma. *ANA Clinical Conferences*. 1970:338–342.

Levine ME. Symposium on a drug compendium: View of a nursing educator. *Drug Information Journal*. 1970;4:133–135.

Levine ME. The intransigent patient. *American Journal of Nursing*. 1970;70(10):2106–2111.

Levine ME. Consider implications for nursing in the use of physician's assistant. *Hospital Topics*. 1971;49:60–63.

Levine ME. The time has come to speak of health care. *AORN Journal*. 1971;13(1):37–43.

Levine ME. Benoni. *American Journal of Nursing*. 1972;72(3):466–468.

Levine ME. Nursing educators—An alienating elite? *Chart*. 1972;69(2):56–61.

Levine ME. On creativity in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1973;3(3):15–19.

Levine ME. The pharmacist's clinical role in interdisciplinary care: A nurse's viewpoint. *Hospital Formulary Management*. 1974;9(1):47.

Levine ME. On creativity in nursing. *Nursing Digest*. 1975;3(3):38–40.

Levine ME. Nursing ethics and the ethical nurse. *American Journal of Nursing*. 1977;77(5):845–849.

Levine ME. Cancer chemotherapy: A nursing model. *Nursing Clinics of North America*. 1978;13(2):271–280.

Levine ME. Does continuing education improve nursing practice? *Hospitals*. 1978;52(21):138–140.

Levine ME. Kapklavoo and nursing, too (Editorial). *Research in Nursing and Health*. 1978;1(2):51.

Levine ME. Knowledge base required by generalized and specialized nursing practice. *ANA Publications*. 1979;G-127:57–69.

Levine ME. The ethics of computer technology in health care. *Nursing Forum*. 1980;19(2):193–198.

Levine ME. Bioethics of cancer nursing. *Rehabilitation Nursing*. 1982;7(2):27–31: 41.

Levine ME. The bioethics of cancer nursing. *Journal of Enterostomal Therapy*. 1982;9(1):11–13.

Levine ME. What does the future hold for nursing? 25th Anniversary Address, 18th District. *Illinois Nurses Association Newsletter*. 1988;24(6):1–4.

Levine ME. Beyond dilemma. *Seminars in Oncology Nursing*. 1989;5(2):124–128.

Levine ME. The ethics of nursing rhetoric. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1989;21(1):4–5.

Levine ME. Ration or rescue: The elderly in critical care. *Critical Care Nursing*. 1989;12(1):82–89.

Levine ME. The rhetoric of nursing theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1995;27(1):11–14.

Levine ME. On the humanities in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*. 1996;27(2):19–23.

Levine ME. On creativity in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1997;29(3):216–217.

Levine ME, Hallberg C, Kathrein M, Cox R. Nursing grand rounds: Congestive failure. *Nursing*. 1972;2(10):18–23: '72.

Levine ME, Line L, Boyle A, Kopacewski E. Nursing grand rounds: Insulin reactions in a brittle diabetic. *Nursing*. 1972;2(5):6–11: '72.

Levine ME, Moschel P, Taylor J, Ferguson G. Nursing grand rounds: Complicated case of CVA. *Nursing*. 1972;2(3):3–34: '72.

Levine ME, Zoellner J, Ozmon B, Simunek E. Nursing grand rounds: Severe trauma. *Nursing*. 1972;2(9):33–38: '72.

[*] Autoras anteriores: Karen Moore Schaefer, Gloria S. Artigue, Karen J. Foil, Tamara Johnson, Ann Marriner Tomey, Mary Carolyn Poat, LaDema Poppa, Roberta Woeste y Susan T. Zoretich.

[†] La información de este apartado proviene de la autobiografía de Levine (1988a), de su *curriculum vitae* y del programa de la 1992 Mid-Year Convocation, de la Loyola University, Chicago.

13

Seres humanos unitarios

Mary E. Gunther[*]

«La práctica profesional en enfermería busca promover la interacción sinfónica entre hombre y entorno para reforzar la coherencia y la integridad del campo humano, además de para dirigir y redirigir el patrón de los campos humano y del entorno para lograr el máximo potencial de salud.»

(Rogers, 1970, pág. 122)

Martha E. Rogers
(1914-1994)

Acreditaciones y antecedentes

Martha Elizabeth Rogers, la mayor de los cuatro hijos de Bruce Taylor Rogers y Lucy Mulholland Keener Rogers, nació el 12 de mayo de 1914 en Dallas (Texas). Poco después de su nacimiento, la familia volvió a Knoxville (Tennessee). Comenzó su formación universitaria en la University of Tennessee, donde estudió Ciencias (1931-1933). Después de diplomarse en Enfermería en la Knoxville General Hospital School of Nursing (1936), rápidamente obtuvo una licenciatura en el George Peabody College en Nashville (Tennessee) (1937). Sus otras titulaciones son un grado de máster en Supervisión de Enfermería en Salud Pública por el Teachers College, de la Columbia University, Nueva York (1945), y otro

grado de máster (1952) y doctor en Ciencias (1954) por la Johns Hopkins University en Baltimore.

Los comienzos de Rogers en la práctica de la enfermería fueron en el ámbito de la salud pública, en núcleos rurales de Míchigan. En Connecticut empezó con la supervisión de las enfermeras domiciliarias, la formación y la práctica. A continuación, Rogers creó el Visiting Nurse Service de Phoenix, en Arizona. Durante 21 años (1954-1975) fue profesora y jefa de la Division of Nursing de la New York University. Después de 1975 continuó con sus obligaciones como profesora, hasta que recibió el nombramiento de profesora emérita en 1979. Tuvo este título hasta su muerte, el 13 de marzo de 1994, a la edad de 79 años.

Entre las publicaciones de Rogers se cuentan tres libros y más de 200 artículos. Impartió conferencias en más de 46 estados, en el Distrito de Columbia, además de en Puerto Rico, México, Holanda, China, Terranova, Colombia, Brasil y otros países (Rogers, comunicación personal, marzo de 1988). Fue nombrada doctora *honoris causa* en instituciones tan prestigiosas como la Duquesne University, la University of San Diego, el Iona College, la Fairfield University, la Emory University, la Adelphi University, el Mercy College y la Washburn University of Topeka. Entre los numerosos premios que se le otorgaron por su contribución y liderazgo en el campo de la enfermería están los reconocimientos como fuente de inspiración para el liderazgo en el ámbito de las relaciones entre los diferentes grupos, de la Hermandad Chi Eta Phi; a su destacada contribución a la enfermería, por la New York University, y a su magnífico servicio a la enfermería, por el Teachers College. Asimismo, la New York University alberga el Martha E. Rogers Center for the Study of Nursing Science. En 1996, el nombre de Rogers se añadió a título póstumo en el American Nurses Association Hall of Fame.

En 1988, colaboradores y estudiantes se unieron a ella para formar la Society of Rogerian Scholars (SRS), e inmediatamente comenzaron a publicar la *Rogerian Nursing Science News,* una publicación con noticias de actualidad para los miembros cuyo fin era difundir los avances teóricos y los últimos estudios de investigación (Malinski, 2009). En 1993, la SRS empezó a publicar una revista referenciada, *Visions: The Journal of Rogerian Nursing*

Science. La sociedad incluye una fundación que mantiene y administra la Martha E. Rogers Fund. En 1995, la New York University creó el Martha E. Rogers Center para proporcionar una estructura de seguimiento de la investigación y la práctica de Rogers.

Si hubiese que realizar una descripción de Rogers, se usarían los siguientes términos calificativos: *estimuladora, desafiante, controvertida, idealista, visionaria, profética, filosófica, académica, directa, divertida, sincera* y *ética.* Rogers permanece en la mente de todos como una especialista ampliamente reconocida, honrada por su contribución y capacidad de liderazgo en el ámbito de la enfermería. Butcher (1999) apuntó que «Rogers, como Nightingale, era una persona sumamente independiente, decidida y perfeccionista, que confiaba en su visión de futuro a pesar de su escepticismo» (pág. 114). Sus colaboradores la consideran una de las cabezas pensantes más innovadoras de la enfermería, puesto que sintetizó una y otra vez el conocimiento en «un sistema de pensamiento completamente nuevo» (Butcher, 1999, pág. 111). Actualmente se considera que «se adelantó a su época, dentro y fuera de este mundo» (Ireland, 2000, pág. 59).

Fuentes teóricas

La base que Rogers tenía en ciencias y artes liberales se aprecia tanto en el origen como en el desarrollo de su modelo conceptual, publicado en 1970 bajo el título de *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing* (Rogers, 1970). Consciente de la relación entre los conocimientos, Rogers debe la influencia que recibió en el desarrollo de su ciencia de los seres humanos unitarios (CSHU) a científicos de múltiples disciplinas. La ciencia de Rogers se fundamentó en la antropología, la psicología, la sociología, la astronomía, la religión, la filosofía, la historia, la biología, la física, las matemáticas y la literatura, para así crear un modelo de seres humanos unitarios y su entorno como campos de energía esenciales para el proceso vital. En el ámbito de la enfermería, los orígenes de la ciencia de Rogers se encuentran en las propuestas y en los datos estadísticos de Nightingale, quien ubica al ser humano dentro del marco del mundo natural. Este «fundamento creado con el objetivo

de obtener una enfermería moderna» provocó que se comenzase a investigar en este campo la relación entre el ser humano y su entorno (Rogers, 1970, pág. 30). Newman (1997) describe la ciencia de los seres humanos unitarios como «el estudio de la experiencia sensitiva e intuitiva de las enfermeras durante el proceso mutuo entre ellas y las personas que atienden» (pág. 9).

Principales conceptos y definiciones

En 1970, el modelo conceptual de enfermería de Rogers descansaba sobre un conjunto de supuestos básicos que describían el proceso vital de los seres humanos: el ser como un todo, los sistemas abiertos, la unidireccionalidad, un patrón y una organización, la sensibilidad y el pensamiento caracterizaban el proceso vital (Rogers, 1970).

Rogers defiende que los seres humanos son campos de energía dinámicos que se integran en los campos de su entorno. Tanto los campos del ser humano como los del entorno se identifican por un modelo y se caracterizan por formar un universo de sistemas abiertos. En el paradigma que Rogers expuso en 1983, planteó las cuatro piedras angulares de su modelo: *el campo de energía, un universo de sistemas abiertos, el patrón* y *las cuatro dimensionalidades.*

Rogers actualizaba sistemáticamente el modelo revisando los principios de la homeodinámica. Los cambios que efectuaba correspondían al avance paralelo que se producía en la tecnología y en la ciencia. En 1983, Rogers cambió la denominación de *hombre unitario* por *ser humano unitario* para evitar así el concepto de sexo. Las demás aclaraciones que se hicieron acerca del ser humano unitario, como un término diferente y aparte de *holístico,* recalcaron la especial contribución que la enfermería aportó al sistema de salud. En 1992, las *cuatro dimensiones* se convirtieron en una *única pandimensionalidad.* Los postulados fundamentales de Rogers siguen siendo coherentes desde su presentación; todo lo que Rogers escribió posteriormente sirvió para profundizar en sus ideas iniciales.

Campo de energía

El **campo de energía** constituye la unidad fundamental para la materia viva y para la materia muerta. *Campo* es un concepto de unidad, y *energía* viene a ser la naturaleza dinámica del campo. Los campos de energía son infinitos y pandimensionales. Se identifican dos tipos de campos: el campo humano y el campo del entorno. «En concreto, los seres humanos y su entorno son campos de energía» (Rogers, 1986b, pág. 2). El **ser humano unitario (campo humano)** se describe como un campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que se identifica con un modelo y con unas características evidentes que son específicas de todo el conjunto y que no se pueden predecir por medio del conocimiento de las partes. El **campo del entorno** se describe como un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica con un modelo y se integra con el campo humano. Cada campo ambiental es específico para un determinado campo humano. Aunque no es necesariamente cuantificable, un campo de energía tiene la capacidad intrínseca de crear cambio (Todaro-Franceschi, 2008). En este caso, los campos humanos y ambientales cambian de forma continua, creativa e integral (Rogers, 1994a).

Universo de sistemas abiertos

El concepto de **universo de sistemas abiertos** sostiene que los campos de energía son infinitos, abiertos y se integran entre sí (Rogers, 1983). Los campos del ser humano y de su entorno se hallan en continuo proceso y son sistemas abiertos.

Patrón

El **patrón** identifica los campos de energía. Es la característica distintiva de un campo de energía y se percibe como un único movimiento. La naturaleza del patrón cambia de forma continua e innovadora, y estos cambios dan identidad al campo de energía. Cada patrón de campo humano es único y se integra con el campo del entorno (Rogers, 1983). Las manifestaciones emergen como un proceso mutuo entre el ser humano y su entorno. Musker (2012) destaca que «el fenómeno de patrón unitario es la configuración de la plenitud inherente» (pág. 253). El patrón es algo abstracto y se revela por medio de las manifestaciones. La sensación de identidad de uno mismo es una manifestación del campo, cuya naturaleza es única en cada individuo. Algunas variaciones de las

manifestaciones del patrón se han definido como «ritmos más largos frente a más cortos», «pragmático frente a imaginativo» y percepción del tiempo como «rápido» o «lento». El patrón cambia continuamente y puede manifestar enfermedad, malestar o bienestar. El cambio que sufre el patrón es continuo, innovador y relativo.

Pandimensionalidad

Rogers define la **pandimensionalidad** como un dominio no lineal sin atributos espaciales o temporales, o como observa Philips (2010), «esencialmente una realidad sin espacio y sin tiempo» (pág. 56). El término *pandimensional* aporta un dominio infinito, sin límites, y expresa, de la mejor manera posible, la idea de un todo unitario.

Uso de datos empíricos

Al tratarse de un sistema conceptual abstracto, la ciencia de los seres humanos unitarios no permite identificar de manera directa indicadores empíricos comprobables. Al contrario, determina un punto de vista del mundo y una filosofía que se utilizan para identificar los fenómenos de interés para la disciplina enfermera. Como ya se ha mencionado anteriormente, el modelo de Rogers surgió de múltiples fuentes del saber; las que se adivinan más fácilmente son la dinámica no lineal de la física cuántica y el sistema teórico general.

En su modelo, queda patente la influencia que ejerció la teoría de la relatividad de Einstein (1961) con respecto al tiempo y al espacio, y la teoría electrodinámica de Burr y de Northrop (1935) en relación con los campos eléctricos. En los tiempos en que von Bertalanffy (1960) presentó la teoría general de sistemas, las teorías concernientes a un universo con sistemas abiertos empezaban a influir en el desarrollo del conocimiento de todas las disciplinas. Con la teoría general de sistemas, el término **negentropía** empezó a usarse con el fin de significar orden creciente, complejidad y heterogeneidad, en contraposición a la anterior creencia de que el universo se iba reduciendo paulatinamente. Sin embargo, Rogers pulió la teoría general de sistemas negando sus subsistemas

jerárquicos, el concepto de una única causalidad y la previsibilidad de un sistema de conducta por medio de la investigación de sus partes.

La introducción de las teorías de la relatividad, de la mecánica cuántica y de la probabilidad desafió los fundamentos del absolutismo imperante. Mientras el nuevo saber tomaba posiciones, los significados tradicionales de *homeostasis, estado continuo, adaptación* y *equilibrio* fueron muy cuestionados. El sistema cerrado, modelo entrópico del universo, dejaba de ser idóneo para explicar los fenómenos y pruebas que se acumulaban en favor de un universo de sistemas abiertos (Rogers, 1994b). En la actualidad, el modelo de Rogers se confirma con los continuos avances de otras disciplinas de dinámicas no causales ni lineales de la vida. El factor más notable de este avance es la teoría del caos, una contribución de la física cuántica a la ciencia de la complejidad (o de la totalidad), que implica que los límites existentes entre una disciplina y otra se difuminan, lo que permite que se explore y se profundice en el entendimiento de toda la experiencia humana.

Principales premisas

Enfermería

La enfermería es una profesión aprendida y es tanto una ciencia como un arte. Es una ciencia empírica que, como otras ciencias, se basa en el fenómeno en el que esta se centra. El tipo de enfermería que describió Rogers se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven –papel que encaja a la perfección con la enfermería, puesto que abarca a las personas y al entorno en que viven–. La integración de las personas y su entorno, que funciona como un universo pandimensional compuesto por sistemas abiertos, apunta hacia un nuevo paradigma y lleva al comienzo de la identificación de la enfermería como una ciencia. El fin de la enfermería es fomentar la salud y el bienestar en todos los individuos. El arte de la enfermería viene a ser el uso creativo de la ciencia de la enfermería, que serviría para provocar una mejora en las personas (Rogers, 1994b). «La práctica profesional enfermera intenta fomentar una interacción armoniosa entre el campo del ser

humano y el de su entorno, con el propósito de reforzar la integridad del campo humano, y dirigir el modelo seguido por los campos del ser humano y de su entorno, para así conseguir el máximo potencial de salud» (Rogers, 1970, pág. 122). La enfermería se creó para atender a las personas y sus procesos vitales.

Persona

Rogers define el concepto de **persona** como un sistema abierto en proceso continuo con el sistema abierto, que es su entorno (integración). Describe al **ser humano unitario** como un «campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y a las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto» (Rogers, 1992, pág. 29). Los seres humanos «no son entidades incorpóreas ni conglomerados mecánicos… El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que le convierte en un todo distinto de la suma de las partes que lo componen» (Rogers, 1970, págs. 46-47). Como tal, «el cuerpo existe simplemente como expresión de los patrones de energía subyacentes en el seno de un campo energético» (Daly, 2012, pág. 13). Según el modelo conceptual específico relacionado con la enfermería, las personas y su entorno se interpretan como campos irreducibles de energía que, durante su evolución, se integran entre sí y usan continuamente la creatividad.

Salud

En gran parte de lo que escribió Rogers en sus comienzos aparece el término **salud,** aunque no muy bien definido. Utiliza el término **salud pasiva** para simbolizar un estado bueno de salud y la ausencia de enfermedad y dolencias graves (Rogers, 1970). Su modo de fomentar una buena salud connota una tendencia a ayudar a los demás con las oportunidades que brinda tener una coherencia rítmica (Rogers, 1970). Posteriormente escribió que un buen estado de salud «es un término mucho mejor… dado que el término *salud* es muy ambiguo» (Rogers, 1994b, pág. 34).

Rogers usa *salud* como un valor definido por la cultura o el individuo. La salud y la enfermedad son manifestaciones del modelo y se consideran «indicadores de los comportamientos que

son de alto o bajo valor» (Rogers, 1980). Los acontecimientos que suceden a lo largo del proceso vital indican la magnitud del índice de salud que adquiere el hombre de acuerdo con ciertos sistemas de valores. En la ciencia planteada por Rogers, el fenómeno en el que se basa el sistema conceptual de enfermería es el proceso vital humano. El proceso vital tiene su propia unidad dinámica y creativa, va unido al entorno y se caracteriza por ser un todo (Rogers, 1970). Mediante esta definición como base de su investigación, Gueldner et al. (2005) postulan que la sensación de bienestar (buen estado) del ser humano se manifiesta por medio de una frecuencia superior y una creciente diversidad de patrones.

En «Dimensions of Health: A View from Space», Rogers (1986b) confirma las afirmaciones teóricas iniciales y, además, añade nuevas cuestiones filosóficas al concepto imperante de salud. Al hacer hincapié en un nuevo punto de vista del mundo que se centra en las personas y su entorno, enumera la yatrogenia, las infecciones nosocomiales y la hipocondría como los problemas de salud más graves que existen en EE. UU. Rogers (1986b) escribe: «Un nuevo punto de vista del mundo, compatible con el saber más avanzado, es la base introductoria que se necesita para estudiar la salud humana y para determinar las distintas modalidades que se deben usar para fomentarla, ya sea en este planeta o en otros lugares del espacio» (pág. 2).

Entorno

Rogers (1994b) define el entorno como «un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, diferentes de las de las partes. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de un modo continuado y creativo» (pág. 3). Los campos del entorno son infinitos y su modificación siempre es innovadora e impredecible y se caracteriza por una diversidad en aumento. Los campos del entorno y del ser humano se identifican por modelos que muestran un cambio mutuo y continuado.

Fundamentos teóricos

Los principios de la homeodinámica postulan un modo de percibir a los seres humanos unitarios. La evolución de estos principios desde 1970 hasta 1994 se muestra en la tabla 13.1. Rogers (1970) afirma que «el proceso vital es homeodinámico… estos principios proponen cómo sería el proceso vital y predicen la naturaleza de su evolución» (pág. 96). Rogers identifica los principios de **helicidad, resonancia** e **integración**. El principio de helicidad describe un desarrollo en forma de espiral bajo un modelo continuado, irrepetible e innovador. La articulación por parte de Rogers de este principio de helicidad, donde describe la naturaleza del cambio, evoluciona desde la probabilidad hasta lo impredecible, mientras que el principio se mantiene continuado e innovador. Según el principio de resonancia, el modelo cambia con un desarrollo que va desde la baja hasta la alta frecuencia; tiene grados variables de intensidad. La resonancia viene a expresar los cambios de frecuencia y la evolución del modelo de campo de energía. La integración, que es el tercer principio de la homeodinámica, «refleja la unidad o plenitud de los humanos y su entorno» (Jarrin, 2012, pág. 14). Los principios de la homeodinámica (naturaleza, proceso y contexto de cambio) apoyan e ilustran la aseveración de que el «universo es energía que siempre se está diversificando a través de frecuencias de ondas continuas y cambiantes» (Phillips, 2010, pág. 57). Además, Todaro-Franceschi (2008) nos recuerdan que esta naturaleza cambiante es intrínseca *de* los campos y no *exterior a* ellos.

Tabla 13.1

Evolución de los principios de la homeodinámica

Introducción a las bases teóricas de la enfermería, 1970	Enfermería: ciencia del hombre unitario, 1980	Ciencia de los seres humanos unitarios: un paradigma para la enfermería, 1983	Dimensiones de salud: una visión desde el espacio, 1986	Ciencia enfermera y era espacial, 1992
Resonancia				
La propagación continuada de series de ondas entre el hombre y su entorno	El cambio continuo de ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno	El cambio continuo de las ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno	El cambio continuo de las ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno	El cambio continuo de las ondas de alta y baja frecuencia en los campos humano y del entorno
Helicidad				
El cambio continuo e innovador que se desarrolla por la interacción mutua del hombre y su entorno a lo largo de un eje longitudinal y en forma de espiral, delimitado en el espacio y en el tiempo	La naturaleza del cambio entre los campos humano y del entorno es siempre innovadora y probable, y cada vez más diversa, ya que no se manifiesta ninguna repetición en el ritmo	La diversidad creciente, continua, innovadora y probable de los modelos de los campos humano y del entorno, caracterizada por ritmos que no se repiten	La diversidad creciente, continua, innovadora, probable y ambiental caracterizada por ritmos que no se repiten	La diversidad creciente, continua, innovadora e impredecible de los modelos de los campos humano y del entorno
Reciprocidad				
La interacción mutua y continua entre los campos humano y del entorno	—	—	—	—
Sincronía				
El cambio en el campo humano y estado simultáneo del campo del entorno en cualquier momento del cociente espacio-tiempo	La interacción continuada, mutua y simultánea entre los campos humano y del entorno	El proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno	El proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno	El proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno

Conceptualizado por J. S. Daily; revisado por D. Schnell y T. Wallace; actualizado por C. Murray.

En 1970 Rogers señaló cinco supuestos que sirven también como afirmaciones teóricas que apoyan su modelo, derivado de la bibliografía que trata de los seres humanos, la física, las matemáticas y las ciencias del comportamiento:

1. «El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que lo convierte en algo más que la suma de las partes que lo componen» (campo de energía) (pág. 47).

2. «El hombre y su entorno están intercambiando continuamente situaciones y energía» (sistemas abiertos) (pág. 54).
3. «El proceso vital evoluciona de manera irreversible y unidireccional a través del continuo espacio-tiempo» (helicidad) (pág. 59).
4. «El patrón y la organización identifican al hombre y lo reflejan en toda su totalidad innovadora» (patrón y organización) (pág. 65).
5. «El hombre se caracteriza por su capacidad de abstracción, de representar imágenes, de lenguaje y pensamiento, de sensación y emoción» (ser sensible y pensante) (pág. 73).

Planteamiento lógico

Rogers utiliza un método dialéctico en contraposición a un método logístico, problemático u operacional; es decir, aporta una explicación de la enfermería refiriéndose a los principios más amplios que definen a los seres humanos. Define a los seres humanos por medio de principios que caracterizan al universo, basado en la perspectiva de un todo que organiza las partes.

El modelo de los seres humanos unitarios de Rogers es deductivo y lógico. La teoría de la relatividad, la teoría general de sistemas, la teoría electrodinámica de la vida y muchas otras teorías contribuyeron a las ideas que Rogers usó para su modelo. Los seres humanos unitarios y su entorno, componentes esenciales de este modelo, se integran entre sí. Los cimientos básicos de su modelo son el campo de energía, los sistemas abiertos, el modelo y la pandimensionalidad, que aporta un nuevo punto de vista del mundo. Estos conceptos forman la base del sistema conceptual abstracto que define la enfermería y la salud. Rogers obtuvo los principios de la homeodinámica de este sistema conceptual abstracto, los cuales defienden la naturaleza y la dirección de la evolución del ser humano. Si bien Rogers acuñó los términos **homeodinámica** (estado similar de cambio y crecimiento), **helicidad** (evolución), **resonancia** (intensidad del cambio) e **integración** (totalidad), todas las definiciones son etimológicamente coherentes y lógicas.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

El modelo planteado por Rogers es un sistema abstracto de ideas con las que aproximarse a la práctica enfermera. El modelo de Rogers, en el que se hace hincapié en la experiencia y la existencia, es relevante en el sistema sanitario actual, en el que importa más un buen servicio de atención continuado que una enfermedad u hospitalización episódicas. Este modelo aporta el marco filosófico abstracto en el que situar el fenómeno del campo del ser humano y de su entorno. En este marco, la enfermería se basa en un conocimiento teórico que guía la práctica enfermera. La práctica profesional de la enfermería es creativa e imaginativa y su finalidad es atender a las personas. Sus fundamentos son el juicio u opinión razonados, el conocimiento abstracto y la compasión humana.

En el pasado, la enfermería ha tildado la práctica como algo útil, y la teoría, como todo lo contrario. En cambio, para hablar de forma apropiada, se diría que la teoría y la prác- tica son dos componentes relacionados en una misma práctica enfermera. Alligood (1994) explica cómo la teoría y la práctica se dirigen y se guían la una a la otra, mientras provocan la expansión y el crecimiento del saber unitario de la enfermería. El saber de la enfermería aporta el marco para la aplicación artística del cuidado enfermero (Rogers, 1970). Dicho de otro modo, es la «traducción del conocimiento en una forma de ser» (Alligood y Fawcett, 2012, pág. 70).

En el modelo de Rogers, el proceso de pensamiento crítico que dirige la práctica se puede dividir en tres componentes: valoración del patrón, modelo mutuo y evaluación. Cowling (2000) constata que la valoración del modelo evita, si no transciende, las categorías reduccionistas de los marcos valorativos físicos, mentales, espirituales, emocionales, culturales y sociales. Por medio de la observación y la participación, la enfermera se concentra en expresiones humanas como son la reflexión, la experiencia y la percepción, para formarse así un perfil del paciente. La exploración mutua que se realiza en los modelos de reciente aparición permite identificar los conceptos que predominan en el proceso

pandimensional del campo del ser humano y de su entorno. El entendimiento mutuo implica tener presente la participación, pero eso no conlleva que la enfermera prescriba un cambio o prediga resultados. Como explica Cowling (2000): «Un rasgo importante del proceso de valoración del modelo unitario, y también de la recuperación por medio de la valoración integral, es la buena intención por parte del científico/profesional de no tener en cuenta lo que se espera que cambie» (pág. 31). La evaluación se centra en las sensaciones que surgen durante la consecu- ción del modelo mutuo.

Las modalidades de patrones no invasivos usadas en la práctica de Rogers incluyen, sin limitarse a ello, la acupuntura, la aromaterapia, el tacto y el masaje, las imágenes guiadas, la meditación, la reflexión interior, la reminiscencia guiada, el humor, la hipnosis, la manipulación de la dieta, la presencia transcendente y la música (Alligood, 1991a; Jonas-Simpson, 2010; Larkin, 2007; Levin, 2006; Lewandowski et al., 2005; Malinski y Todaro-Franceschi, 2011; Siedliecki y Good, 2006; Smith et al., 2002; Smith y Kyle, 2008; Walling, 2006; Yarcheski, Mahon y Yarcheski, 2002). Barrett (1998) apunta que, junto con estas modalidades, se hallan «el diálogo elocuente, concentrarse en algo concreto y la autenticidad pandimensional (sinceridad, honradez, aprobación y generosidad)» (pág. 138). El personal de enfermería es partícipe de la experiencia vivida con respecto a la salud, ejerciendo en multitud de facetas, lo que incluye «cuidadores, educadores, abogados, asesores, planificadores, coordinadores y colaboradores», y debe aceptar la diversidad, reconocer los modelos, dar por positivos los cambios y asumir la conexión que hay entre todas las cosas de la vida (Malinski, 1986, pág. 27). Estas facetas pueden hacer que la enfermera a menudo tenga que «desentenderse del concepto tradicional que existe del tiempo y del espacio, y de los resultados» (Malinski, 1997, pág. 115).

El modelo de Rogers aporta un marco distinto e innovador en el que planificar y aplicar la práctica enfermera, que Barrett (1998) define como «el proceso continuo (de un modelo mutuo voluntario) en el que las enfermeras atienden a los clientes para que estos escojan libremente y de modo consecuente la mejor forma para participar en el beneficio de su propio bienestar» (pág. 136).

Formación

Rogers dio unas directrices claras para guiar la formación del personal de enfermería dentro del marco de la ciencia de los seres humanos unitarios. Rogers insiste en la estructura de los programas educativos para que se enseñe la enfermería como una ciencia y como una profesión para la que uno se debe formar. Barrett (1990b) comenta de Rogers que se trata de «una voz importante que se queja de la antieducación y de la dependencia» (pág. 306). El modelo de Rogers expone claramente valores y creencias acerca del ser humano, la salud, la enfermería y el proceso educativo. Por este motivo, este modelo se ha usado para servir de guía en el perfeccionamiento de la formación en todos los niveles de la educación enfermera (Barrett, 1990b; DeSimone, 2006; Hellwig y Ferrante, 1993; Mathwig, Young y Pepper, 1990). Rogers (1990) declaró que las enfermeras deben recibir una formación de por vida e indicó que «la naturaleza de la práctica de enfermería es el uso del conocimiento para participar en la mejora de la humanidad» (pág. 111).

Rogers abogó por dar un reconocimiento distinto a las enfermeras diplomadas y a los licenciados en enfermería, al comprobar que existen divergencias entre las personas que han recibido una orientación técnica y las enfermeras profesionales. Según Rogers, la enfermera profesional debe estar bien formada y educada en humanidades, ciencias y enfermería. En un programa de este tipo se incluirían nociones básicas de lengua, matemáticas, lógica, filosofía, psicología, sociología, música, arte, biología, microbiología, física y química; también podría haber clases optativas de economía, ética, ciencias políticas, antropología e informática (Barrett, 1990b). Con respecto al componente de investigación de la formación, Rogers declaró que:

«Los estudiantes universitarios tienen que ser capaces de detectar problemas, de tener las herramientas adecuadas para investigar y de seguir estudios que les permitan usar el conocimiento adquirido para obtener una mejora en la práctica; también deberían saber leer la bibliografía recomendada de un modo inteligente. Una

persona que haya estudiado un máster tiene que saber llevar a cabo una investigación aplicada… La investigación teórica, que es la investigación base, se efectuará en programas de doctorado de alto nivel que se centren en la enfermería como campo de aprendizaje que es y que solo se consigue con esfuerzo.»

(1994a, pág. 34)

Barrett (1990b) indica que, debido al uso creciente de la tecnología y a la creciente gravedad de las enfermedades que sufren los pacientes hospitalizados, los estudiantes pueden verse limitados a meras experiencias de observación en las instituciones. Por tanto, la adquisición de práctica en la utilización de tecnología se debe obtener en situación de laboratorio y en lugares alternativos, como en clínicas o en actividades de salud domiciliaria. Otros lugares y modos para adquirir formación serían los programas para fomentar la salud, los programas de gestión de atención sanitaria, los centros de acogida de personas sin hogar y los centros geriátricos.

Investigación

El modelo conceptual de Rogers estimula y dirige el desarrollo de la investigación y la teoría en la ciencia de la enfermería. Fawcett (2000), quien insiste en que el nivel de abstracción afecta a las observaciones empíricas directas y las pruebas, adopta la designación de clasificar a la ciencia de los seres humanos unitarios como un modelo conceptual, y no como una gran teoría. Afirma de manera contundente que la finalidad del trabajo determina la categoría que este ocupa. Los modelos conceptuales «identifican el objetivo y el alcance de la enfermería y proporcionan marcos para tener registros objetivos de los efectos de la enfermería» (Fawcett, 2005, pág. 18).

Del modelo de Rogers surgen teorías que explican los fenómenos humanos y dirigen la práctica enfermera. El modelo de Rogers, con sus supuestos implícitos, aporta principios amplios que dirigen el desarrollo de la teoría de un modo conceptual. El modelo conceptual estimula y dirige la actividad científica. Las relaciones existentes entre los fenómenos identificados generan tanto grandes teorías (mayor desarrollo de un aspecto del modelo) como teorías

intermedias (descripción, explicación o predicción de aspectos concretos) (Fawcett, 1995).

Tres grandes teorías prominentes se fundamentan en el modelo conceptual de Rogers: la teoría de Newman de la salud como expansión de la conciencia, la teoría de Parse sobre hacerse humano y el modelo de ritmo de la perspectiva vital de Fitzpratick (Fawcett, 2015). Un gran número de teorías intermedias surgieron a raíz de los tres principios homeodinámicos de Rogers: 1) helicidad; 2) resonancia, y 3) integración (fig. 13.1). Los ejemplos de las teorías intermedias que derivan de los principios homeodinámicos incluyen el poder como participación voluntaria cambiable (helicidad) (Barrett, 2010), la teoría de la disonancia percibida (resonancia) (Bultemeier, 2002) y la teoría de los ritmos interactivos (integración) (Floyd, 1983). En su visión global de las teorías de Rogers basadas en la ciencia, Malinski (2009) identifica el trabajo en conceptos específicos: 1) autotranscendencia (Reed, 2003), iluminación (Hills y Hanchett, 2001) y espiritualidad (Malinski, 1994; Smith, 1994); 2) turbulencia (Butcher, 1993) y disonancia (Bultemeier, 2002); 3) envejecimiento (Alligood y McGuire, 2000; Butcher, 2003); 4) intencionalidad (Ugarizza, 2002; Zahourek, 2005), y 5) cuidado unitario (Watson y Smith, 2002). Otras teorías intermedias abarcan los fenómenos del movimiento del campo humano (Ference, 1986), además de la creatividad, la realización y la empatía (Alligood, 1991b). Fawcett (2015) amplió la lista para incluir las teorías de rango medio del empoderamiento en salud (Shearer, 2009), la diversidad de los patrones de campo humanos (Hastings-Tolsma, 2006), y la salud como plenitud y armonía (Carboni, 1995). Recientemente, Willis, DeSanto-Madeya y Fawcett (2015) han generado una teoría específica para una situación a partir de la ciencia de los seres humanos unitarios: la teoría de la curación de las personas tras el maltrato infantil.

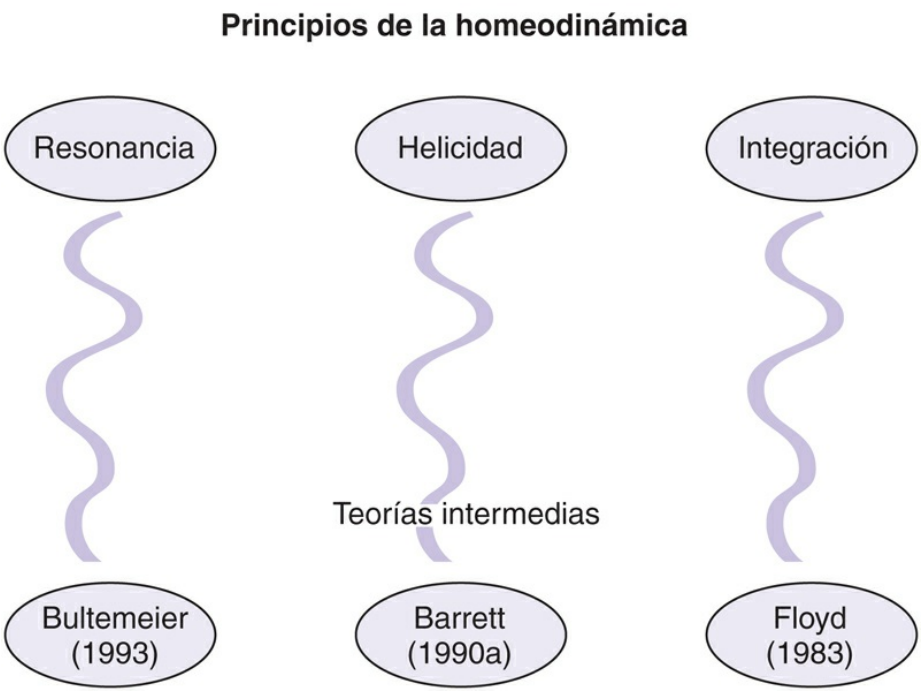


FIGURA 13.1 Desarrollo de la teoría dentro de la ciencia de los seres humanos unitarios.

Rogers (1986a) mantiene que la investigación en el ámbito de la enfermería debe contemplar al ser humano unitario como un elemento integrado en su entorno. Así, el propósito de la investigación en enfermería es examinar y comprender cualquier fenómeno y, por medio de su comprensión, diseñar actividades para fomentar la mejora. Con el fin de obtener una mayor comprensión de las experiencias vividas, es esencial que la persona perciba y sea consciente de modo sensorial de lo que está sucediendo. La variedad de acontecimientos que se asocian al fenómeno humano aporta la información que hace referencia a la experiencia, y sirve para investigar, actividad que se realiza para aprehender las experiencias de la vida de los seres humanos, que son dinámicas y cambiantes. El desafío para todo investigador que sigue el modelo de Rogers es seleccionar el método adecuado para estudiar a la persona y su entorno como fenómenos relacionados con la salud. Para la investigación dentro de la ciencia de los seres humanos unitarios se ha usado tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa, aunque no todos los investigadores estén de acuerdo en que ambas sean las apropiadas. En cambio, en lo que sí coinciden los investigadores es en que se debe considerar la congruencia ontológica y epistemológica entre modelo y enfoque, y

debe verse reflejada en la cuestión que hay que investigar (Barrett et al., 1997). Los proyectos cuantitativos experimentales y los cuasi experimentales no son los adecuados, puesto que su objetivo es descubrir relaciones causales. Los diseños descriptivos, explicativos y correlacionales son más apropiados, ya que reconocen la diversidad, la universalidad y el cambio pautado.

Los métodos de investigación específicos, que surgieron de las teorías intermedias basadas en el modelo de Rogers, toman para sí los fenómenos ser humano y entorno. Como medio para aprehender el ser humano unitario, Cowling (1998) describe el proceso de la valoración del modelo usando el método del estudio de casos en combinación con la práctica. Este estudio de casos concierne a toda la persona (irreductibilidad), tiene como objetivo comprender la esencia (modelo) y respeta las conexiones inherentes entre los fenómenos. El perfil de un modelo se compone de la sinopsis y de la síntesis de los datos (Barrett et al., 1997). Otros métodos innovadores para registrar y acceder al fenómeno del campo del ser humano y del de su entorno serían el revelado de fotos (Bultemeier, 1997), la fenomenología descriptiva (Willis y Griffith, 2010), la interpretación hermenéutica de textos (Alligood y Fawcett, 1999) y la medición del efecto del diálogo combinado con modalidades no invasivas (Leddy y Fawcett, 1997).

El instrumento de desarrollo de Rogers es extensivo y está en continua evolución. Ha surgido un gran abanico de instrumentos útiles para medir el fenómeno del campo del ser humano y su entorno (tabla 13.2). Al salir a la luz continuamente teorías intermedias, enfoques de investigación e instrumentos, queda patente lo importante que llega a ser la ciencia de Rogers para la enfermería.

Tabla 13.2

Instrumentos de investigación y herramientas de práctica según la ciencia de los seres humanos unitarios

Herramienta de práctica y cita	Descripción
Human Field Motion Test (HFMT) (Ference, 1986)	Mide el movimiento del campo humano por medio de puntuaciones diferenciales semánticas de los conceptos «mi motor está funcionando» y «la expansión de mi campo»

Perceived Field Motion Scale (PFM) (Yarcheski y Mahon, 1991)	Mide la experiencia percibida del movimiento por medio de puntuaciones diferenciales semánticas del concepto «el movimiento de mi campo»
Human Field Rhythms (HFR) (Yarcheski y Mahon, 1991)	Mide la frecuencia de ritmos en el proceso mutuo del campo de energía humano-entorno por medio de una escala visual analógica de un ítem
Well-Being Picture Scale (Gueldner et al., 2005; Terwilliger, Gueldner y Bronstein, 2012)	Escala gráfica de tipo no lingüístico que mide conceptos de frecuencia, conciencia, acción y poder del campo de energía (bienestar general) en adultos; evaluado en niños en 2012
Power as Knowing Participation in Change Tool (PKPCT) (Barrett, 1990a, 2010)	Mide la capacidad de la persona de participar con conocimiento en el cambio por medio de puntuaciones diferenciales semánticas de los conceptos de conciencia, elecciones, libertad para actuar intencionadamente y participación en la creación de los cambios
Diversity of Human Field Pattern Scale (DHFPS) (Hastings-Tolsma, 1993)	Mide la diversidad del patrón del campo humano o el grado de cambio en la evolución del potencial humano durante el proceso vital, por medio de puntuaciones en una escala de Likert de 16 ítems
Human Field Image Metaphor Scale (HFIMS) (Johnston, 1993, 1994)	Mide la conciencia individual de la integridad infinita del campo humano por medio de puntuaciones en una escala de Likert de 14 metáforas que representan el potencial percibido y 11 metáforas que representan la integridad del campo percibido
Temporal Experience Scale (TES) (Paletta, 1990)	Mide la experiencia subjetiva del conocimiento temporal por medio de puntuaciones en una escala de Likert de 24 metáforas que representan los factores de arrastre del tiempo, carrera del tiempo e intemporalidad
Assessment of Dream Experience (ADE) (Watson, 1999)	Mide los sueños más allá de la experiencia del despertar por medio de puntuaciones en una escala de Likert, con 20 ítems que describen cómo pueden haber sido los sueños de la persona en las últimas 2 semanas
Person-Environment Participation Scale (PEPS) (Leddy, 1995, 1999)	Mide la experiencia de la persona del proceso mutuo continuo humano-entorno por medio de puntuaciones diferenciales semánticas de 15 adjetivos bipolares que representan áreas de contenido de comodidad, influencia, continuidad, facilidad y energía
Leddy Heartiness Scale (LHS) (Leddy, 1996)	Mide el fin percibido por la persona y el poder para lograr objetivos por medio de puntuaciones en una escala de Likert de 26 ítems que representan significado, fines, elección, reto, confianza, control, capacidad de función y conexiones
McCanse Readiness for Death Instrument (MRDI) (McCanse, 1995)	Mide los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales del patrón del campo sano; la muerte se aborda evolutivamente por medio de un cuestionario de 26 ítems en una entrevista estructurada
Exploración mutua de la	Mide las experiencias de enfermeras y clientes y las expresiones de cambiar configuraciones de patrones del campo de energía de la relación de curación

relación de curación del campo humano-entorno (Carboni, 1992)	de campo humano-entorno utilizando ítems semiestructurados y abiertos; existen formularios para una enfermera y un cliente y para una enfermera y dos o más clientes
Formato del proceso de enfermería (Falco y Lobo, 1995)	Guía el empleo de un proceso enfermero de Rogers, incluidos la valoración enfermera, el diagnóstico enfermero, la planificación enfermera para la implementación y la evaluación enfermera, según los principios homeodinámicos de integración, resonancia y helicidad
Herramienta de valoración (Smith et al., 1991)	Guía el empleo de un proceso enfermero de Rogers, incluidos la valoración, el diagnóstico, la implementación y la evaluación, según los principios homeodinámicos de complementariedad (es decir, integración), resonancia y helicidad, para pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos y sus familiares, utilizando preguntas abiertas
Herramienta de pensamiento crítico para valoración del patrón, modelo mutuo y evaluación (Bultemeier, 2002)	Ofrece una guía para la aplicación por la enfermera de la valoración del patrón, del modelo mutuo y de la evaluación, además de áreas para la autorreflexión, la modelación de actividades y la valoración personal del cliente
Valoración enfermera de patrones indicativos de salud (Madrid y Winstead-Fry, 1986)	Guía la valoración de patrones, como el presente relativo, la comunicación, el sentido del ritmo, la conexión con el entorno, el mito personal y la integridad del sistema
Herramienta de valoración para madres en el posparto (Tettero et al., 1993)	Guía la valoración de madres que se enfrentan a los retos de su primer hijo durante el período posparto
Criterios de valoración para la evaluación enfermera del adulto de edad avanzada (Decker, 1989)	Guía la valoración del estado funcional de adultos de edad avanzada que viven en sus propios hogares, como los datos demográficos, la priorización de problemas del cliente, el patrón secuencial (p. ej., cultura de la familia de origen, enfermedades previas), el patrón rítmico (p. ej., uso de la asistencia sanitaria, uso de medicación, contactos sociales, enfermedades agudas) y el patrón transversal (p. ej., planes de la vida actual y problemas de salud, estado cognitivo y emocional)
Valoración holística del cliente con dolor crónico (Garon, 1991)	Guía la valoración holística de clientes que viven en sus propios hogares y sufren dolor crónico, como el campo del entorno, la comunidad y todos los sistemas en contacto con el cliente; el entorno del hogar, las necesidades y expectativas del cliente; los puntos fuertes de cliente y familia; la experiencia de dolor del cliente –lugar, intensidad, causa, significado, efectos en las actividades, la vida y las relaciones, medidas de alivio y objetivos–, y sentimientos del cliente y su familia sobre la enfermedad y el dolor
Formulario de valoración del campo de energía humano (Wright, 1991)	Utilizado para registrar los hallazgos relacionados con la valoración del campo de energía humano como se realiza en el tacto terapéutico, como la localización de la alteración del campo en un diagrama corporal, y la fuerza del campo global y la intensidad de la alteración del campo en escalas visuales analógicas
Herramienta de valoración de la familia	Guía la valoración de las familias en cuanto a consideraciones individuales de los subsistemas, patrones de interacción, características únicas de todo el sistema familiar y sincronía de la interfase del entorno

(Whall, 1981)	
Guía de valoración para el trabajo con familias (Johnston, 1986)	Guía la valoración de la unidad familiar, en cuanto a la definición de familia, organización de la familia, sistema de creencias, necesidades de desarrollo de la familia, factores económicos, complementariedad entre el campo de la familia y el campo del entorno, patrones de comunicación y datos suplementarios, como la valoración de la salud de los miembros de las familias individuales, factores de desarrollo, interacciones entre los miembros y relaciones
Formato del proceso enfermero para familias (Reed, 1986)	Guía el empleo de un proceso enfermero orientado en el desarrollo para familias
Valoración de la salud en la comunidad (Hanchett, 1988)	Guía la valoración de una comunidad en las áreas de diversidad; ritmos, como frecuencias de colores, ritmos de luz y patrones de sonido; movimiento; experiencia del tiempo; puntos de vista pragmáticos-imaginativos-visionarios, y vigilia-sueño más allá de los ritmos del despertar

Adaptado de Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (pp. 337–339). Philadelphia: F. A. Davis. Reproducido con autorización.

Evolución

Rogers (1986a) pensaba que, en su modelo, el desarrollo del saber era un «proceso interminable» que usaba «una multiplicidad de saberes que vienen de distintas fuentes… para así crear un caleidoscopio de posibilidades» (pág. 4). La exploración de los estudiosos de la obra de Rogers acerca de la transcendencia y la universalidad ilustran esta creencia en un todo unificador (Phillips, 2010).

Fawcett (2005) identificó tres teorías simples que elaboró Rogers con la ciencia de los seres humanos unitarios:

1. Teoría de la evolución acelerada.
2. Teoría de los correlatos rítmicos de cambio.
3. Teoría de los fenómenos paranormales.

Una explicación más exhaustiva y un análisis de estas teorías y de los principios homeodinámicos por investigadores en enfermería contribuirán a aumentar el saber de la ciencia enfermera.

Crítica

Claridad

Se plantearon críticas tempranas al modelo con observaciones acerca de la dificultad de comprender sus principios, la ausencia de definiciones operativas y la inadecuación de las herramientas de medida (Butterfield, 1983). Sin embargo, el modelo ha superado la prueba del tiempo para el desarrollo de la ciencia de la enfermería conforme esta disciplina ha madurado como ciencia. Las ideas de Rogers siguen demostrando claridad para la investigación enfermera con seres humanos de todas las edades (Terwilliger, Gueldner y Bronstein, 2012).

Sencillez

Los estudios y trabajos en curso que se realizan bajo el modelo de Rogers han servido para simplificar y aclarar ciertos aspectos y relaciones. Sin embargo, cuando se examina el modelo por completo, algunos aún lo clasifican como un tanto complejo. Con su uso constante en la práctica, investigación y formación, las enfermeras se darán cuenta de que el modelo ofrece una clara sencillez. Como apunta Whall (1987), «con solo tres principios, unos cuantos conceptos relevantes y cinco supuestos, Rogers ha explicado la naturaleza del hombre y el proceso vital» (pág. 154).

Generalidad

El modelo conceptual de Rogers es abstracto y, por tanto, generalizable y poderoso. Su objetivo es amplio y ofrece un marco para el desarrollo del saber de la enfermería al crear teorías grandes e intermedias.

Accesibilidad

Al inspirarse en el saber de múltiples campos de la ciencia, el modelo conceptual de Rogers es deductivo en relación lógica con la falta inherente de una base empírica inmediata (Barrett, 1990b). Como bien dice Fawcett (1995), el error de no categorizar correctamente el trabajo como un modelo conceptual, sino como una teoría, lleva a «malentendidos considerables y a expectativas

inapropiadas» (pág. 29), por lo que puede conducir a tachar el trabajo de inadecuado.

Como ya se ha señalado anteriormente, el desarrollo del modelo que han efectuado los especialistas seguidores de Rogers se ha obtenido en la etapa en que conviven teorías comprobables y herramientas de medición.

Importancia

La ciencia de Rogers tiene la pretensión fundamental de comprender la evolución humana y su potencial para el perfeccionamiento del hombre. La ciencia «coordina un universo de sistemas abiertos con el fin de identificar el centro de un nuevo paradigma e iniciar la identidad de la enfermería como ciencia» (Rogers, 1989, pág. 182).

Si bien todos los conceptos metaparadigmáticos han estado sujetos a análisis, se hace especial hincapié en la integración del fenómeno del campo del ser humano y su entorno. Rogers sugirió gran cantidad de ideas para que se planteasen en estudios futuros; a partir de esto y de la investigación de otros expertos, se puede confirmar que el modelo conceptual es útil. Su utilidad se ha demostrado tanto en la práctica como en la formación, la administración y la investigación.

Resumen

El modelo de Rogers se creó sobre una base histórica muy amplia y se ha situado en la vanguardia del conocimiento científico. Para entender los conceptos y los principios de la ciencia de los seres humanos unitarios se requiere tener una base compuesta por una formación general, una disposición para apartarse de lo tradicional y cierta cualidad para percibir el mundo de un modo innovador y creativo. Al cimentarse en una base educativa férrea, este modelo ofrece un marco que impulsa a proporcionar servicios de enfermería. Las ideas abstractas que expuso Rogers en su modelo y la relación lógica entre estas y el saber científico moderno alientan la aparición de teorías nuevas y desafiantes que profundicen en la comprensión del ser humano unitario.

Caso clínico

Charlie Dee es un hombre de 56 años que durante 30 ha fumado dos paquetes de cigarrillos al día. Está visitando a la enfermera Sandra Gee por primera vez desde que le diagnosticaron enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La valoración del patrón empieza obteniendo la descripción por parte del cliente de su experiencia con esta enfermedad, la percepción que tiene de su salud y cómo se ha expresado la enfermedad (síntomas). El Sr. Dee afirma que tiene tos productiva que empeora por la mañana, le falta el aliento siempre que está físicamente activo y siempre se siente cansado. A través de preguntas concretas, la enfermera descubre que el Sr. Dee ha sufrido un cambio en sus patrones de sueño y en la ingesta nutricional. Duerme durante períodos más cortos y come menos. También averigua que su esposa fuma y que tienen perros y gatos en casa. No cree que su esposa esté dispuesta a cambiar sus hábitos o que se deshaga de los gatos. Durante esta valoración, la enfermera intenta descubrir qué es importante para el Sr. Dee y cómo define él *sano.*

Los patrones mutuos implican compartir conocimientos y proporcionar una serie de posibilidades. Después de finalizar la valoración, la enfermera resume lo que han estado hablando y cómo lo ha entendido ella. De esta manera, la enfermera y el cliente pueden alcanzar el consenso sobre las actividades que serían aceptables para el Sr. Dee. La Srta. Gee da información sobre la enfermedad y sugerencias que mejorarán su comodidad. Las intervenciones no invasivas incluyen el reentrenamiento de la respiración, recomendaciones de una dieta hipercalórica rica en proteínas, comer poco y con más frecuencia, dormir con la cabeza elevada y utilizar ejercicios de relajación progresiva antes de ir a dormir. La enfermera recomienda que compren un filtro para las partículas de aire de alta eficiencia (HEPA, *high-efficiency particulate air*) y un humidificador para ayudar a eliminar los contaminantes ambientales y mantener el grado de humedad adecuado en el domicilio.

Dado que el Sr. Dee ha expresado su deseo de dejar de fumar, la enfermera le aconseja que utilice la visualización y la meditación para complementar los parches de nicotina prescritos por su médico. También le proporciona material escrito sobre la

enfermedad que puede compartir con su esposa. Al final de la visita, el Sr. Dee afirma que se siente mejor sabiendo que tiene la posibilidad de cambiar algunas cosas de su vida.

Actividades de pensamiento crítico

1. Revise dos artículos de investigación publicados orientados según la ciencia de Rogers. Identifique la teoría de rango medio desarrollada o que orienta el proceso de investigación en cada uno de ellos.
2. ¿Cuál es la naturaleza de la evidencia generada por la investigación de la teoría de nivel medio en la actividad de pensamiento crítico 1?
3. ¿Qué principios filosóficos de Nightingale contribuyeron a establecer la base para el desarrollo del modelo conceptual de Rogers?
4. Encuentre tres publicaciones y explique por qué los autores utilizaron la ciencia de Rogers en formación de enfermería.
5. Analice su experiencia clínica e identifique las áreas en las que la práctica basada en la ciencia de Rogers podría mejorar la asistencia enfermera. Enumere los cambios y los resultados positivos previstos.

Referencias para ampliar conocimientos

Publicaciones

- Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science.
- Bultemeier, K. (2014). Rogers' science of unitary human beings in nursing practice (pp. 245–262). In M. R. Alligood, Nursing theory: Utilization & application, 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier.

Páginas web

- Página web de la American Nurses Association Hall of Fame Inductee, en www.nursingworld.org/MarthaElizabethRogers.
- Sepultura de Martha E. Rogers, en

http://www.aahn.org/gravesites/rogers.html.

- New York University, Martha E. Rogers Center, en http://www.foundationnysnurses.org/media/courier/Fall2007-MERogers.pdf
- Rogerian Nursing Science Wiki, en http://rogeriannursingscience.wikispaces.com/. Creado por H. K. Butcher, RN, PhD, University of Iowa College of Nursing. El propósito de la página web es doble: 1) reunir una comunidad que participe en un lugar colaborativo para crear una explicación conjunta y exhaustiva de la ciencia de los seres humanos unitarios, y 2) crear un recurso *online* accesible a cualquier persona interesada en conocer cómo la ciencia enfermera de Rogers sirve como fundamento para la investigación, la práctica, la educación y la administración en enfermería.
- Society of Rogerian Scholars, en http://www.societyofrogerianscholars.org/.
- Boletín informativo de la Society of Rogerian Scholars, en http://www.societyofrogerianscholars.org/vol_1_2.html.

Bibliografía

Alligood MR. Guided reminiscence: A Rogerian based intervention. *Rogerian Nursing Science News*. 1991;3(3):1–3.

Alligood MR. Testing Rogers' theory of accelerating change: The relationship among creativity, actualization, and empathy in persons 18 to 92 years of age. *Western Journal of Nursing Research*. 1991;13:84–96.

Alligood MR. Toward a unitary view of nursing practice. In: Madrid M, Barrett EAM, eds. *Rogers' scientific art of nursing practice*. New York: National League for Nursing; 1994:223–240.

Alligood MR, Fawcett J. Acceptance of an invitation to dialogue: Examination of an interpretive approach for the science of unitary human beings. *Visions: Journal of Rogerian Nursing Science*. 1999;7(1):5–13.

Alligood MR, Fawcett J. Rogers' Science of Unitary Human Beings and praxis: An ontological review. *Visions*. 2012;19(1):65–74.

Alligood MR, McGuire SL. Perception of time, sleep patterns and activity in senior citizens: A test of the Rogerian theory of aging. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2000;8(1):6–14.

Barrett EAM, An instrument to measure power-as-knowing-participation-in-change. Strickland O, Waltz C, eds. *The measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills*, Vol. 4. New York: Springer; 1990:159–180.

Barrett EAM. *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990.

Barrett EAM. A Rogerian practice methodology for health patterning. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(4):136–138.

Barrett EAM. Power as knowing participation in change: What's new and what's next. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(1):47–54.

Barrett EAM, Cowling WR, Carboni JT, Butcher HK. Unitary perspectives on methodological practices. In: Madrid M, ed. *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing; 1997:47–62.

Bultemeier K. Photo-disclosure: A research methodology for investigating the unitary human being. In: Madrid M, ed. *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing; 1997.

Bultemeier K. Rogers' science of unitary human beings in nursing practice. In: Alligood MR, Marriner Tomey A, eds. *Nursing theory: Utilization and application*. 2nd ed. St Louis: Mosby; 2002:267–288.

Bultemeier K. Rogers' science of unitary human beings in nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby-Elsevier; 2014:245–262.

Burr HS, Northrup FSC. The electrodynamic theory of life. *Quarterly Review of Biology*. 1935;10(4):322–323.

Butcher HK. Kaleidoscoping in life's turbulence: From Seurat's art to Rogers' nursing science. In: Parker ME, ed. *Patterns of nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1993:183–198.

Butcher HK. Rogerian ethics: An ethical inquiry into Rogers' life and science. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(2):111–118.

Butcher HK. Aging as emerging brilliance: Advancing Rogers' unitary theory of aging. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2003;11(1):55–66.

Butterfield SE. In search of commonalties: Analysis of two theoretical frameworks. *International Journal of Nursing Studies*. 1983;20(1):15–22.

Carboni JT. Instrument development and the measurement of unitary constructs. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(3):134–142.

Carboni JT. Enfolding health-as-wholeness-and-harmony: A theory of Rogerian nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(2):71–78.

Cowling WR. Unitary case inquiry. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(4):139–141.

Cowling WR. Healing as appreciating wholeness. *Advances in Nursing Science*. 2000;22(3):16–32.

Daly LD. Slaves immersed in a liberal ideology. *Nursing Philosophy*. 2012;13(1):69–77.

Decker K. Theory in action: The geriatric assessment team. *Journal of Gerontological Nursing*. 1989;15(10):25–28.

DeSimone BB. Curriculum design to promote the critical thinking of accelerated bachelor's degree nursing students. *Nurse Educator*. 2006;31(5):213–217.

Einstein A. *Relativity*. New York: Crown; 1961.

Falco SM, Lobo ML. Martha E. Rogers. In: George JB, ed. *Nursing theories. The base for professional nursing practice*. 4th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995:229–248.

Fawcett J. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 1995.

Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 2000.

Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 2005.

Fawcett J. Evolution of the Science of Human Beings: The conceptual system, theory development, and research and practice methodologies. *Visions*. 2015;21(1):10–16.

Ference HM. The relationship of time experience, creativity traits, differentiation, and human field motion. In: Malinski VM, ed. *Explorations in Martha Rogers' science of unitary human beings*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986:95–106.

Floyd JA. Research using Rogers' conceptual system: Development of a testable theorem. *Advances in Nursing Science*. 1983;5(2):37–48.

Garon M. Assessment and management of pain in the home care setting: Application of Rogers' science of unitary human beings. *Holistic Nursing Practice*. 1991;6(1):47–57.

Gueldner SH, Michel Y, Bramlett MH, Liu C, Johnston LW, Endo E, et al. The Well-Being Picture Scale: A revision of the Index of Field Energy. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18(1):42–50.

Hanchett ES. *Nursing frameworks and community as client: Bridging the gap*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1988.

Hastings-Tolsma, M.T. (1993). The relationship of diversity of human field pattern to risk-taking and time experience: An investigation of Rogers' principles of homeodynamics (Doctoral dissertation, New York University, 1992). *Dissertation Abstracts International*, 53, 4029B.

Hastings-Tolsma M. Toward a theory of diversity of human field pattern. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. 2006;14(2):34–47.

Hellwig SD, Ferrante S. Martha Rogers' model in associate degree education. *Nurse Educator*. 1993;18(5):25–27.

Hills RGS, Hanchett E. Human change and individuation in pivotal life situations: Development and testing the theory of enlightenment. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2001;9(1):6–19.

Ireland M. Martha Rogers' odyssey. *American Journal of Nursing*. 2000;100(10):59.

Jarrin OF. The integrality of situated caring in nursing and the environment. *Advances in Nursing Science*. 2012;35(1):14–24.

Johnston LW. The development of the human field image metaphor scale. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 1993;1:55–56.

Johnston LW. Psychometric analysis of Johnston's human field image metaphor scale. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 1994;2(1):7–11.

Johnston RL. Approaching family intervention through Rogers' conceptual model. In: Whall AL, ed. *Family therapy theory for nursing. Four approaches*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986:11–32.

Jonas-Simpson C. Awakening to space consciousness and timeless transcendent presence. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(3):195–200.

Larkin DM. Ericksonian hypnosis in chronic care support groups: A Rogerian exploration of power and self-defined health-promoting goals. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(4):357–369.

Leddy SK. Measuring mutual process: Development and psychometric testing of the person-environment participation scale. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 1995;3(1):20–31.

Leddy SK. Development and psychometric testing of the Leddy healthiness scale. *Research in Nursing and Health*. 1996;19(5):431–440.

Leddy SK. Further exploration of the psychometric properties of the Person-Environment Participation Scale: Differentiating instrument reliability and construct validity. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 1999;7:55–57.

Leddy SK, Fawcett J. Testing the theory of healthiness: Conceptual and methodological issues. In: Madrid M, ed. *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing; 1997:75–86.

Levin JD. Unitary transformative practice: Using metaphor and imagery for self-reflection and theory informed practice. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2006;14(1):27–35.

Lewandowski W, Good M, Drauker CB. Changes in the meaning of pain

with the use of guided imagery. *Pain Management Nursing*. 2005;6(2):58–67.

Madrid M, Winstead-Fry P. Rogers' conceptual model. In: Winstead-Fry P, ed. *Case studies in nursing theory*. New York: National League for Nursing; 1986:73–102.

Malinski VM, ed. *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1986.

Malinski VM. Spirituality: A pattern manifestation of the human/environment mutual process. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 1994;2:12–18.

Malinski VM. Rogerian health patterning: Evolving into the 21st century. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(3):115–116.

Malinski VM. Evolving paths of transformative change in Rogerian nursing science. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2009;9:8–18.

Malinski VM, Todaro-Franceschi V. Exploring co-meditation as a means of reducing anxiety and facilitating relaxation in a nursing school setting. *Journal of Holistic Nursing*. 2011;29(4):242–248.

Mathwig GM, Young AA, Pepper JM. Using Rogerian science in undergraduate and graduate nursing education. In: Barrett EAM, ed. *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990:319–334.

McCanse RL. The McCanse Readiness for Death Instrument (MRDI): A reliable and valid measure for hospice care. *Hospice Journal: Physical, Psychosocial, and Pastoral Care of the Dying*. 1995;10(1):15–26.

Musker KM. Unitary pattern: A review of theoretical literature. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(3):253–260.

Newman MA. A dialogue with Martha Rogers and David Bohm about the science of unitary human beings. In: Madrid M, ed. *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing; 1997:3–10.

Paletta JL. The relationship of temporal experience to human time. In: Barrett EAM, ed. *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990:239–254.

Phillips JR. The universality of Rogers' science of unitary human beings. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(1):55–59.

Reed PG. The developmental conceptual framework: Nursing reformulations and applications for family therapy. In: Whall AL, ed. *Family therapy for nursing. Four approaches*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986:69–91.

Reed PG. The theory of self-transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR, eds. *Middle range theory for nursing*. New York: Springer; 2003:145–166.

Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.

Rogers ME. *The science of unitary man. Tape V: Health and illness (Audiotape)*. New York: Media for Nursing; 1980.

Rogers ME. Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. In: Clements IW, Roberts FB, eds. *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley; 1983:219–227.

Rogers ME. Science of unitary human beings. In: Malinski VM, ed. *Explorations in Martha Rogers' science of unitary human beings*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986:3–8.

Rogers, M.E. (1986b). Dimensions of health: A view from space. Paper presented at the conference on "Law and Life in Space," September 12, 1986. Center for Aerospace Sciences, University of North Dakota.

Rogers ME. Nursing: A science of unitary human beings. In: Riehl-Sisca JP, ed. *Conceptual models for nursing practice*. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1989:181–188.

Rogers ME. Space-age paradigm for new frontiers in nursing. In: Parker ME, ed. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1990:105–114.

Rogers ME. Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(1):27–34.

Rogers ME. Nursing science evolves. In: Madrid M, Barrett EAM, eds. *Rogers' scientific art of nursing practice*. New York: National League for Nursing; 1994:3–9.

Rogers ME. The science of unitary human beings: Current perspectives. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(1):33–35.

Shearer NB. Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatric Nursing*. 2009;30(2):4–10.

Siedliecki SL, Good M. Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;54(5):553–562.

Smith DW. Toward developing a theory of spirituality. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 1994;2(1):35–43.

Smith K, Kupferschmid BJ, Dawson C, Briones TL. A family-centered critical care unit. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*. 1991;2(2):258–268.

Smith MC, Kemp J, Hemphill L, Vojir CP. Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002;34(3):257–262.

Smith MC, Kyle L. Holistic foundations of aromatherapy for nursing. *Holistic Nursing Practice*. 2008;22(1):3–11.

Terwilliger S, Gueldner S, Bronstein L. A preliminary evaluation of the Well-being Picture Scale–Children's Version (WBPS-CV) in a sample of fourth and fifth graders. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(2):160–166.

Tettero I, Jackson S, Wilson S. Theory to practice: Developing a Rogerian-based assessment tool. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18(5):776–782.

Todaro-Franceschi V. Clarifying the enigma of energy, philosophically speaking. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21(4):285–290.

Ugarizza DN. Intentionality: Applications within selected theories of nursing. *Holistic Nursing Practice*. 2002;16(4):41–50.

von Bertalanffy L. *General system theory: Foundations, developments, application*. New York: George Braziller; 1960.

Walling A. Therapeutic modulation of the psychoneuroimmune system by medical acupuncture creates enhanced feelings of well-being. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2006;18(4):135–143.

Watson J. Measuring dreaming as a beyond waking experience in Rogers' conceptual model. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12:245–250.

Watson J, Smith MC. Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;37(5):452–461.

Whall AL. Nursing theory and the assessment of families. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*. 1981;19(1):30–36.

Whall AL. A critique of Rogers' framework. In: Parse RR, ed. *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders; 1987:147–158.

Willis DG, DeSanto-Madeya S, Ross R, Sheehan DL, Fawcett J. Spiritual healing in the aftermath of childhood maltreatment. *Advances in Nursing Science*. 2015;38(3):162–174.

Willis DG, Griffith CA. Healing patterns revealed in middle school boys' experiences of being bullied using Roger's [sic] science of unitary human beings (SUHB). *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2010;23(3):125–132.

Wright SM. Validity of the human energy field assessment form. *Western Journal of Nursing Research*. 1991;13(5):635–647.

Yarcheski A, Mahon NE. An empirical test of Rogers' original and revised theory of correlates in adolescents. *Research in Nursing and Health*. 1991;14(6):447–455.

Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ. Humor and health in early adolescents: Perceived field motion as a mediating variable. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(2):150–155.

Zahourek RP. Intentionality: Evolutionary development in healing: A

grounded theory study for holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing*. 2005;23(1):89–109.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Rogers ME. *Educational revolution in nursing*. New York: Macmillan; 1961.

Rogers ME. *Reveille in nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1964.

Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.

Capítulos de libros

Rogers ME. Nursing: To be or not to be. In: Bullough B, Bullough V, eds. *Expanding horizons for nursing*. New York: Springer; 1977.

Rogers, M. E. (1978). Emerging patterns in nursing education. In *Current perspectives in nursing education*, (Vol. II, pp. 1-8). St Louis: Mosby.

Rogers ME. Nursing: A science of unitary man. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:329–337.

Rogers ME, Science of unitary man: A paradigm for nursing. Laskar GE, ed. *Applied systems and cybernetics*, Vol. IV. New York: Pergamon; 1981:1719–1722.

Rogers ME. Beyond the horizon. In: Chaska NL, ed. *The nursing profession: A time to speak*. New York: McGraw-Hill; 1983.

Rogers ME. The family coping with a surgical crisis: Analysis and application of Rogers' theory to nursing care. (Rogers' response). In: Clements IW, Roberts FB, eds. *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley; 1983.

Rogers, M. E. (1985). High touch in a high-tech future. In *National League for Nursing, Perspectives in nursing—1985-1987* (pp. 25-31). New York: National League for Nursing.

Rogers, M. E. (1985). Nursing education: Preparing for the future. In *National League for Nursing, Patterns of education: The unfolding of nursing* (pp. 11–14). New York: National League for Nursing.

Rogers ME. Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. In: Wood R, Kekhababh J, eds. *Examining the cultural implications of Martha E. Rogers' science of unitary human beings*. Lecompton, KS: Wood-Kekhababh; 1985:13–23.

Rogers ME. Science of unitary human beings. In: Malinski VM, ed. *Explorations on Martha Rogers: Science of unitary human beings*. Norwalk,

CT: Appleton-Century-Crofts; 1986:3–8.

Rogers ME. Nursing research in the future. In: Roode J, ed. *Changing patterns in nursing education*. New York: National League for Nursing; 1987:121–123.

Rogers ME. Rogers' science of unitary human beings. In: Parse RR, ed. *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders; 1987:139–146.

Rogers ME. Nursing: A science of unitary human beings. In: Riehl-Sisca JP, ed. *Conceptual models for nursing practice*. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1989:181–188.

Rogers ME. Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings: Update 1990. In: Barrett EAM, ed. *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990:5–25.

Rogers ME. Nightingale's notes on nursing: Prelude to the 21st century. In: Nightingale F, ed. *Notes on nursing; What it is and what it is not*. Commemorative edition Philadelphia: Lippincott; 1992:58–62.

Rogers ME, Doyle MB, Racolin A, Walsh PC. A conversation with Martha Rogers on nursing in space. In: Barrett EAM, ed. *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990:375–386.

Artículos de revistas

Rogers ME. Building a strong educational foundation. *American Journal of Nursing*. 1963;63(6):94–95.

Rogers ME. Some comments on the theoretical basis of nursing practice. *Nursing Science*. 1963;1(1):11–13: 60-61.

Rogers ME. The clarion call. *Nursing Science*. 1963;1(1):134–135.

Rogers ME. Professional standards: Whose responsibility? *Nursing Science*. 1964;2(1):71–73.

Rogers ME. Collegiate education in nursing (Editorial). *Nursing Science*. 1965;3(5):362–365.

Rogers ME. Higher education in nursing (Editorial). *Nursing Science*. 1965;3(6):443–445.

Rogers ME. Legislative and licensing problems in health care. *Nursing Administration Quarterly*. 1965;2(3):71–78.

Rogers ME. What the public demands of nursing today. *RN*. 1965;28:80.

Rogers ME. Doctoral education in nursing. *Nursing Forum*. 1966;5(2):75–82.

Rogers ME. Nursing science: Research and researchers. *Teachers College Record*. 1968;69:469.

Rogers ME. Nursing education for professional practice. *Catholic Nurse*. 1969;18(1):28–37: 63–64.

Rogers ME. Preparation of the baccalaureate degree graduate. *New Jersey State Nurses Association Newsletter*. 1969;25(5):32–37.

Rogers ME. Yesterday a nurse, tomorrow a manager: What now? *Journal of New York State Nurses Association*. 1970;1(1):15–21.

Rogers ME. Nursing's expanded role… and other euphemisms. *Journal of New York State Nurses Association*. 1972;3(4):5–10.

Rogers ME. Nursing: To be or not to be? *Nursing Outlook*. 1972;20(1):42–46.

Rogers ME. Euphemisms and nursing's future. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1975;7(2):3–9.

Rogers ME. Forum: Professional commitment in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1975;2(1):12–13.

Rogers ME. Nursing is coming of age. *American Journal of Nursing*. 1975;75(10):1834–1843: 1859.

Rogers ME. Yesterday a nurse, today a manager: What now? *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1975;2(1):12–13.

Rogers ME. Legislative and licensing problems in health care. *Nursing Administration Quarterly*. 1977;2(3):71–78.

Rogers ME. A 1985 dissent (Peer review). *Health/PAC Bulletin*. 1978;80(1):32–35.

Rogers ME. Contemporary American leaders in nursing: An oral history. An interview with Martha E. Rogers. *Kango Tenbo*. 1979;4(12):1126–1138.

Rogers ME. The nature and characteristics of professional education for nursing. *Journal of Professional Nursing*. 1985;1(6):381–383.

Rogers ME. The need for legislation for licensure to practice professional nursing. *Journal of Professional Nursing*. 1985;1(6):384.

Rogers ME. Nursing science and art: A prospective. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(3):99–102.

Rogers ME. Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 1989;20(3):112–116.

Rogers ME. AIDS: Reason for optimism. *Philippine Journal of Nursing*. 1990;60(2):2–3.

Rogers ME. The science of unitary human beings: Current perspectives. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(1):33–35.

Rogers ME, Malinski V. Vital signs in the science of unitary human beings. *Rogerian Nursing Science News*. 1989;1(3):6.

Grabaciones de audio

Rogers ME. *The science of unitary man. Tape I: Unitary man and his world: A paradigm for nursing (Audiotape)*. New York: Media for Nursing; 1980.

Rogers ME. *The science of unitary man. Tape II: Developing an organized abstract system (Audiotape)*. New York: Media for Nursing; 1980.

Rogers ME. *The science of unitary man. Tape III: Principles and theories (Audiotape)*. New York: Media for Nursing; 1980.

Rogers ME. *The science of unitary man. Tape IV: Theories of accelerating change, paranormal phenomenon, and other events (Audiotape)*. New York: Media for Nursing; 1980.

Rogers ME. *The science of unitary man. Tape V: Health and illness (Audiotape)*. New York: Media for Nursing; 1980.

Rogers ME. *The science of unitary man. Tape VI: Interventive modalities: Translating theories into practice (Audiotape)*. New York: Media for Nursing; 1980.

Rogers, M. E. (1987). *Rogers' framework* (Audiotape). Nurse Theorist Conference held in Pittsburgh, PA. Available through Meetings International, 1200 Delor Avenue, Louisville, KY 40217.

Vídeos

Distinguished leaders in nursing—Martha Rogers (Videotape). (1982). Capitol Heights, MD: The National Audiovisual Center. Available from the National Institutes of Health, National Library of Medicine, Bethesda, MD 20894, and from Sigma Theta Tau International, 550 West North Street, Indianapolis, IN 46202.

The nurse theorist: Portraits of excellence—Martha Rogers (Videotape/DVD). (1988). Produced by Fuld Video Project, Oakland, CA: Studio III, available from Fitne, Inc., Athens, Ohio.

Tesis doctorales

Rogers, M. E. (1954). *The association of maternal and fetal factors with the development of behavior problems among elementary school children*. Doctoral dissertation, Johns Hopkins University, Baltimore, MD.

Fuentes secundarias

Libros

Barrett EAM. *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990.

Barrett EAM, Malinski VM. *Martha E. Rogers: 80 years of excellence*. New York: Society of Rogerian Scholars; 1994.

Madrid M. *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing; 1997.

Madrid M, Barrett EAM. *Rogers' scientific art of nursing practice*. New York: National League for Nursing; 1994.

Malinski VM, ed. *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986.

Malinski VM, Barrett EAM. *Martha E. Rogers: Her life and her work*. Philadelphia: F. A. Davis; 1994.

Sarter B. *The stream of becoming: A study of Martha Rogers' theory*. New York: National League for Nursing; 1988.

Capítulos de libros

Garon M. Science of Unitary Human Beings: Martha E. Rogers. In: George JB, ed. *Nursing theories: The base for professional practice*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2011:265–290.

Gunther M. Rogers' Science of Unitary Human Beings in nursing practice. In: Alligood MR, Marriner Tomey A, eds. *Nursing theory: Utilization and application*. 4th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2010:287–308.

Hemphill JC, Quillen SI. Martha Rogers' model: Science of unitary beings. In: Fitzpatrick JJ, Whall AL, eds. *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2005.

Sitzman K, Eichenberger LW. Martha Rogers' Unitary Human Beings. In: Sitzman K, Eichenberger LW, eds. *Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning*. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett; 2011:179–186.

Wills E. Grand nursing theories based on unitary process. In: McEwen M, Wills EM, eds. *Theoretical basis for nursing*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin; 2014:192–212.

Artículos de revistas

Alligood MR. A theory of the art of nursing discovered in Rogers' science of unitary human beings. *International Journal of Human Caring*. 2002;6(2):55–60.

Alligood MR, Fawcett J. An interpretive study of Martha Rogers' conception of pattern. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. 2004;12(1):8–13.

Barrett EAM. The theoretical matrix for a Rogerian nursing practice. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2006;15(4):11–15.

Baumann SL, Wright SG, Settecase-Wu C. A Science of Unitary Human Beings perspective of global health nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27(4):324–328.

Biley FC. Nursing for the new millennium: Martha Rogers and the science of unitary human beings. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2000;9(3):19–22.

Biley A, Biley FC. Nursing models and theories: More than just passing

fads. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2006;15(4):16–22.

Blumenschein L. Analysis and application of Rogers' science of unitary human beings. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. 2009;16(1):55–61.

Butcher HK. Rogerian-praxis: A synthesis of Rogerian practice models and theories. *Rogerian Nursing Science News*. 2000;12(1):2.

Butcher HK. The unitary field pattern portrait research method: Facets, processes, and findings. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18(4):293–297.

Butcher HK. Unitary pattern-based praxis: A nexus of Rogerian cosmology, philosophy, and science. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. 2006;14(2):8–33.

Caratao-Mojica R. The Science of Unitary Human Beings in a creative perspective. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(4):297–299.

Caroselli C. Evolutionary emergent: Chief nurse executive as chief vision officer. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(1):72–76.

Cowling WR. Unitary appreciative inquiry. *Advances in Nursing Science*. 2001;23(4):32–48.

Cowling WR. Pattern, participation, praxis, and power in unitary appreciative inquiry. *Advances in Nursing Science*. 2004;27(3):202–214.

Cowling WR. A unitary participatory vision of nursing knowledge. *Advances in Nursing Science*. 2007;30(1):61–70.

Cowling WR, Taliaferro D. Emergence of a healing-caring perspective: Contemporary conceptual and theoretical directions. *Journal of Theory Construction & Testing*. 2004;8(2):54–59.

Dunn DJ. A way of knowing, being, valuing and living with compassion energy: A unitary science and nursing as caring perspective. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. 2009;16(1):40–47.

Fawcett J. The science of unitary human beings: Analysis of qualitative research approaches. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. 2003;11(1):7–20.

Fawcett J, Alligood MR. SUHB instruments: An overview of research instruments and clinical tools derived from the science of unitary human beings. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2001;10(3):5–12.

Kim TS. Science of unitary human beings: An update on research. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21(4):294–299.

Kim TS. The theory of power as knowing participation in change: A literature review update. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. 2009;16(1):19–25.

Kim TS, Kim C, Park KM, Park YS, Lee BS. The relation of power and well-being in Korean adults. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21(3):247–254.

Kim TS, Park JS, Kim MA. The relation of meditation to power and well

being. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21(1):49–58.

Love KL. Interconnectedness in nursing: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*. 2008;26(4):255–265.

Malinski VM. Research diversity from the perspective of the science of unitary human beings. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21(4):291–293.

Malinski VM. Meditations on the unitary rhythm of dying-grieving. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(3):239–244.

Onieva-Zafra MD, Garcia LH, Del Valle MG. Effectiveness of guided imagery relaxation on levels of pain and depression in patients diagnosed with fibromyalgia. *Holistic Nursing Practice*. 2015;29(1):13–21.

Phillips JR. Rogers' Science of Unitary Human Beings: Beyond the frontier of science. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29(1):38–46.

Reis PJ. Prenatal yoga practice in late pregnancy and patterning of change in optimism, power, and well-being. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27(1):30–36.

Repede EJ. Participatory dreaming: A conceptual exploration from a unitary appreciative inquiry perspective. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22(4):360–368.

Ring ME. An exploration of the perception of time from the perspective of the science of unitary human beings. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22(1):8–12.

Ring ME. Reiki and changes in pattern manifestations. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22(3):250–258.

Shearer NBC, Reed PG. The rhythm of health in older women with chronic illness. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2009;23(2):148–160.

Todaro-Franceschi V. Energy: A bridging concept for nursing science. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(2):132–140.

Willis DG, DeSanto-Madeya S, Fawcett J. Moving beyond dwelling in suffering: A situation-specific theory of men's healing from childhood maltreatment. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(1):57–63.

Wright BW. Power, trust, and science of unitary human beings influence political leadership. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(1):60–62.

Tesis doctorales

Alligood, R. R. (2007). *The life pattern of people with spinal cord injury*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.

Coroneos-Shannon, D. L. (2014). *The relationship between belief, experience, and use of Reiki by registered nurses*. Unpublished doctoral dissertation, Walden University, Minneapolis, MN.

England, T. P. (2008). *Feeling overwhelmed: The lived experience of nurse managers*. Unpublished doctoral dissertation, East Tennessee State University, Johnson City, TN.

Fuller, J. M. (2011). A family unitary field pattern portrait of power as knowing participation in change among adult substance users in rehabilitation. Unpublished doctoral dissertation, Hampton University, Hampton, VA.

Grantham, C. A. (2005). *Individual and maternal factors influential with male adolescent physical sexual intimacy*. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Heelan, L. (2015). Exploring the relationships of power, attitudes regarding intermittent fetal monitoring, and perceived barriers to research utilization with a labor and delivery nurse's attitude toward patient advocacy. Unpublished doctoral dissertation, Seton Hall University, South Orange, NJ.

Hoke, T. M. (2014). Improving outcomes through patient empowerment at transition of care: A fall prevention program for stroke survivors. Unpublished doctoral dissertation, University of Arizona, Tucson, AZ.

Larson, K. M. (2008). Understanding the lived experience of patients who suffer from medically unexplained physical symptoms using a Rogerian perspective. Unpublished doctoral dissertation, Boston College, Boston, MA.

Musker, K. M. (2005). *Life patterns of women transitioning through menopause*. Unpublished doctoral dissertation, Loyola University, Chicago, IL.

Nelson, P. T. (2008). *Sound as a gateway to a personal relationship with nature*. Unpublished doctoral dissertation, Pacifica Graduate Institute, Carpinteria, CA.

Reis, P. J. (2011). *Prenatal yoga practice in late pregnancy and patterning of change in optimism, power, and well-being*. Unpublished doctoral dissertation, East Carolina University, Greeneville, NC.

Repede, E. J. (2009). *Women abused as children and participatory dreaming: A study of unitary healing*. Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina, Greensboro, NC.

Ring, M. E. (2006). *Reiki and changes in pattern manifestations: A Unitary Field Pattern Portrait research study*. Unpublished doctoral dissertation, The Catholic University of America, Washington, DC.

Rushing, A. M. (2005). The unitary life pattern of a group of people experiencing serenity in recovery from addiction to alcohol/drugs in 12-step programs. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA.

Sarno, L. (2010). *Incidence of advance directives for the elderly admitted to the*

hospital. Unpublished doctoral dissertation, Northern Kentucky University, Highland Heights, KY.

Schneider, M. A. (2015). An investigation of the relationships between and among power, trust, and job satisfaction of nurse managers in acute care hospitals using Rogers' Science of Unitary Human Beings. Unpublished doctoral dissertation, Seton Hall University, South Orange, NJ.

Scroggs, N. H. (2010). *Life patterning of women experiencing midlife transition*. Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina, Greensboro, NC.

Siedlecki, S. L. (2005). *The effect of music on power, pain, depression, and disability: A clinical trial*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, OH.

Stiles, K. A. (2007). *Complex holism: New worldview for nursing as lived in nursing practice*. Unpublished doctoral dissertation, California Institute of Integral Studies, San Francisco, CA.

Waters, P. J. (2008). Characteristics of a healing environment as described by expert nurses who practice within the conceptual framework of Rogers' Science of Unitary Human Beings: A qualitative study. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas Medical Branch Graduate School of Biomedical Sciences, Galveston, TX.

[*] Autoras anteriores: Kaye Bultemeier, Mary Gunther, Joann Sebastian Daily, Judy Sporleder Maupin, Cathy A. Murray, Martha Carole Satterly, Denise L. Schnell y Therese L. Wallace. La Dra. Lois Meier y la Dra. Martha Rogers revisaron las anteriores ediciones de este capítulo.

Créditos de la fotografía: Kathleen Leininger, Shiner, TX.

14

Teoría del déficit de autocuidado en enfermería

Violeta A. Berbiglia

Barbara Banfield[*]

«La enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica a la que se dedican personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica enfermera.»
(Orem, 2001, pág. 161)

Dorothea E. Orem
(1914-2007)

Acreditaciones y antecedentes

Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, D. C., donde recibió un diploma en enfermería a principios de los años treinta. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of America (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad.

Entre las primeras experiencias enfermeras de Orem se cuentan actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), servicios como personal hospitalario en unidades médicas y quirúrgicas

pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de Ciencias Biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit, pasó 8 años (1949-1957) en Indiana trabajando en la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería (Orem, 1956).

En 1957, Orem se trasladó a Washington D. C., donde trabajó en el Office of Education, en el Department of Health, Education and Welfare estadounidense como asesora de programas de estudio. De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, en 1959 se publicó *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses* (Orem, 1959). Más tarde, ese mismo año, Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA. Además, trabajó también como decana en funciones de la Escuela de Enfermería y como profesora asociada de Educación Enfermera. Continuó desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA. La formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces de forma conjunta con otros conceptos. El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el Improvement in Nursing Group, que se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración.

En 1970, Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su empresa consultora. El primer libro publicado de Orem fue *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1971). Orem fue editora de la NDCG mientras preparaba y revisaba *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* (NDCG, 1973, 1979). En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS). Las siguientes ediciones de *Nursing: Concepts of Practice* se publicaron en 1980,

1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y siguió desarrollando la teoría del déficit de autocuidado en enfermería (TDAE).

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de doctora de Ciencias en 1976. Recibió el Premio Alumni Association de la CUA por su teoría en enfermería en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el de doctora *honoris causa* de Ciencias, por el Incarnate Word College, en 1980; el de doctora en Letras, por la Illinois Wesleyan University, en 1988; el Premio Linda Richards, de la National League for Nursing, en 1991, y ser miembro honorífico de la American Academy of Nursing, en 1992. Obtuvo el doctorado en Enfermería por la University of Missouri en 1998.

A los 92 años, Dorothea Orem murió tras pasar un tiempo postrada en cama. Murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia). La sobrevivieron su amiga de toda la vida, Walene Shields, de Savannah (Georgia), y su primo Martin Conover, de Minneapolis (Minnesota). Los colaboradores más cercanos de Orem le rindieron homenaje en la revista oficial de la IOS, *Self-Care, Dependent-Care & Nursing (SCDCN).*

Muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan una idea de sus puntos de vista sobre la práctica enfermera, la formación enfermera y la ciencia enfermera. Algunos de estos artículos están disponibles en las escuelas de enfermería en una compilación editada por Renpenning y Taylor (2003). Otros artículos de Orem y las expertas que trabajaron con ella en el desarrollo de la teoría se encuentran en los Orem Archives en los Alan Mason Chesney Medical Archives de las Johns Hopkins Medical Institutions.

Fuentes teóricas

Orem (2001) afirmó que «la enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria» (pág. 3). Como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e

interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. Lo que diferencia estos servicios sanitarios de otros es la naturaleza del servicio de ayuda que ofrece. La TDAE de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería.

Antes, Orem reconoció que si la enfermería tenía que avanzar como un campo de conocimiento y como un campo de práctica, se necesitaba un corpus de conocimientos enfermeros estructurado y organizado. Desde mediados de los años cincuenta, cuando propuso por primera vez una definición de enfermería, hasta poco antes de su muerte en 2007, Orem se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco organizador para este corpus de conocimientos.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guió el pensamiento de Orem (2001) fue: «¿En qué estado está una persona cuando se decide que una o varias enfermeras intervengan en la situación?» (pág. 20). El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es «la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal» (Orem, 2001, pág. 20). Es el objeto o foco real el que determina el dominio y los límites de la enfermería, como un campo de conocimiento y como un campo de práctica. La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem. Los esfuerzos de Orem, trabajando individualmente y con otras compañeras, condujeron al desarrollo y perfeccionamiento de la TDAE. La TDAE está formada por diversos elementos conceptuales y teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, «una que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas» (Orem, 2001, pág. 22). Originalmente se articularon tres teorías específicas, la de los sistemas de enfermería, la del déficit de autocuidado y la del autocuidado. Se articuló asimismo una teoría adicional, la del cuidado dependiente. Esta teoría se considera paralela a la del autocuidado y sirve para

ilustrar el desarrollo en curso de la TDAE.

Además de sus experiencias en situaciones de la práctica enfermera, Orem estaba muy versada en la bibliografía y el pensamiento de la enfermería. Su asociación con las enfermeras a lo largo de los años aportó numerosas experiencias formativas. La autora consideraba su trabajo con estudiantes licenciados y su colaboración con otras compañeras como valiosos empeños. Orem citó el trabajo de otras enfermeras en cuanto a sus contribuciones a la enfermería, como Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, entre otras.

La familiaridad de Orem con la bibliografía no se limitó a la enfermera. En su discusión de varios temas relacionados con la enfermería, Orem citó a autores de otras disciplinas. En las ideas y posturas de Orem puede verse la influencia de expertos como Allport (1955), Arnold (1960a, 1960b), Barnard (1962), Fromm (1962), Harre (1970), Macmurray (1957, 1961), Maritain (1959), Parsons (1949, 1951), Plattel (1965) y Wallace (1979, 1996). La familiaridad con estas fuentes ayuda a conocer más y mejor la obra de Orem.

Para la TDAE de Orem es fundamental el sistema filosófico del realismo moderado. Banfield (1998, 2008, 2011) realizó unas investigaciones filosóficas para explicar las bases metafísicas y epistemológicas del trabajo de Orem. Estas investigaciones mostraron la coherencia entre las visiones de Orem respecto a la naturaleza de la realidad, de los seres humanos, del entorno y de la enfermería como una ciencia, y las ideas y posturas asociadas a la filosofía del realismo moderado. Taylor et al. (2000) también analizaron los principios filosóficos de la TDAE.

Según la postura realista moderada, existe un mundo independiente de los pensamientos del conocedor. La naturaleza del mundo no está determinada por los pensamientos del conocedor, aunque es posible obtener conocimientos sobre el mundo.

Orem no estudió específicamente la naturaleza de la realidad; sin embargo, las afirmaciones y frases que utiliza reflejan una postura realista moderada. La ontología de la TDAE se basa en cuatro categorías de entidades postuladas (Orem, 2001, pág. 141). Estas

cuatro categorías son: 1) personas en localizaciones de espacio-tiempo; 2) atributos o propiedades de estas personas; 3) movimiento o cambio, y 4) productos llevados a cabo.

Respecto a la naturaleza de los seres humanos, «la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales» es el fundamento de la TDAE (Banfield, 1998, pág. 204). Esta postura, que refleja la filosofía del realismo moderado, puede verse en la obra de Orem.

Orem (1997) identificó «cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de TDAE y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros» (pág. 28). Son la visión de **persona, agente, usuario de símbolos, organismo** y **objeto.** La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado; esta postura, relacionada con la naturaleza de los seres humanos, es fundamental en la obra de Orem. La autora afirmaba que adoptar una visión particular para cierto objetivo práctico no invalida la postura de que los seres humanos sean seres unitarios (Orem, 1997, pág. 31).

La idea de persona como agente es básica en la TDAE. El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada. «Acción deliberada se refiere a las acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de llevar a cabo, a través de sus acciones, condiciones o estados de cuestiones que no existen por el momento» (Orem, 2001, págs. 62-63). Cuando se embarca en una acción deliberada, la persona actúa como un agente. La visión de la persona como agente se refleja también en los elementos conceptuales de la TDAE de los cuidados de enfermería y el cuidado dependiente. En relación con la visión de persona como agente y la idea de acción deliberada, Orem citó a varios expertos, como Arnold, Parsons y Wallace. La autora identificó siete suposiciones respecto a los seres humanos que pertenecen a la acción deliberada (Orem, 2001, pág. 65). Estas suposiciones explícitas, que se centran en la acción deliberada, se

basan en la suposición implícita de que los seres humanos tienen libre voluntad.

La TDAE representa la obra de Orem en cuanto a la esencia de la enfermería como un campo de conocimiento y de práctica. Orem también propuso una postura respecto a la forma de la enfermería como una ciencia, identificándola como una ciencia práctica. En relación con sus ideas sobre la forma de la ciencia de enfermería, Orem cita el trabajo de Maritain (1959) y Wallace (1979), filósofos asociados con la tradición realista moderada. En ciencias prácticas, el conocimiento se desarrolla en interés del trabajo que se va a realizar. En el caso de la enfermería, el conocimiento se desarrolla en interés de la práctica enfermera. Las ciencias prácticas constan de dos componentes: el especulativo y el práctico. El componente especulativamente práctico es de naturaleza teórica, mientras que el componente prácticamente práctico indica la acción. La TDAE, con sus conceptos y teorías, representa un conocimiento práctico especulativo. La teoría del cuidado dependiente refleja un desarrollo más avanzado de conocimiento práctico especulativo. La ciencia enfermera prácticamente práctica consta de modelos y estándares de práctica, y de tecnologías.

Orem (2001) identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativamente prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. El conjunto de las ciencias de la práctica enfermera incluye: 1) la ciencia de la enfermería completamente compensatoria; 2) la ciencia de la enfermería parcialmente compensatoria, y 3) la ciencia de la enfermería de apoyo-desarrollo. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento son: 1) la ciencia del autocuidado; 2) la ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada, y 3) la ciencia de la asistencia humana para personas con déficits de autocuidado asociados a la salud. En relación con esta estructura propuesta de las ciencias de la enfermería, Orem (2001) afirmó: «La separación, denominación y descripción de los dos conjuntos de ciencias se basan en mi conocimiento de la naturaleza de las ciencias prácticas, en mi conocimiento de la organización del tema en otros campos de la práctica y en mi comprensión de los componentes de los currículos educativos para las profesiones» (págs. 174-175). En su

obra *Self-Care Science, Nursing Theory and Evidence-Based Practice,* Taylor y Renpenning (2011) analizan las ciencias de enfermería fundacionales, las ciencias de la práctica enfermera y la práctica basada en la evidencia.

Además de los dos tipos de ciencias prácticas, el conocimiento científico necesario para ejercer la enfermería incluye conjuntos de ciencias aplicadas y ciencias básicas no enfermeras. En el desarrollo de las ciencias aplicadas, se utilizan teorías de otros campos para resolver problemas en el campo de la práctica. Estas ciencias enfermeras aplicadas aún no se han identificado ni desarrollado. En el cuadro 14.1 se describe la estructura de las ciencias enfermeras.

Cuadro 14.1 Ciencia enfermera especulativamente práctica

Ciencias de la práctica enfermera

Enfermería completamente compensatoria
Enfermería parcialmente compensatoria
Enfermería de apoyo-desarrollo

Ciencias enfermeras que sirven de fundamento

Ciencia del autocuidado
Ciencia del desarrollo y ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada
Ciencia de la asistencia humana para personas con déficits de autocuidado asociados a la salud

Ciencias enfermeras aplicadas

Ciencias básicas no enfermeras

Biológicas
Médicas
Humanas
Ambientales

Tomado de Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St Louis: Mosby.

La expresión de Orem de la forma de la ciencia enfermera proporciona el marco para desarrollar un corpus de conocimientos para la formación de las enfermeras y para ofrecer asistencia enfermera en situaciones concretas de la práctica enfermera. La TDAE, con sus elementos conceptuales y cuatro teorías, identifica la sustancia o el contenido de la ciencia enfermera.

Principales conceptos y definiciones

La teoría del déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por las siguientes cuatro teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría del cuidado dependiente, que explica de qué modo los miembros de la familia y/o los amigos proporcionan cuidados dependientes para una persona que es socialmente dependiente.
3. La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.
4. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que generar y mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Los principales conceptos de estas teorías se identifican aquí y se tratan con más profundidad en Orem (2001), *Nursing: Concepts of Practice* (fig. 14.1).

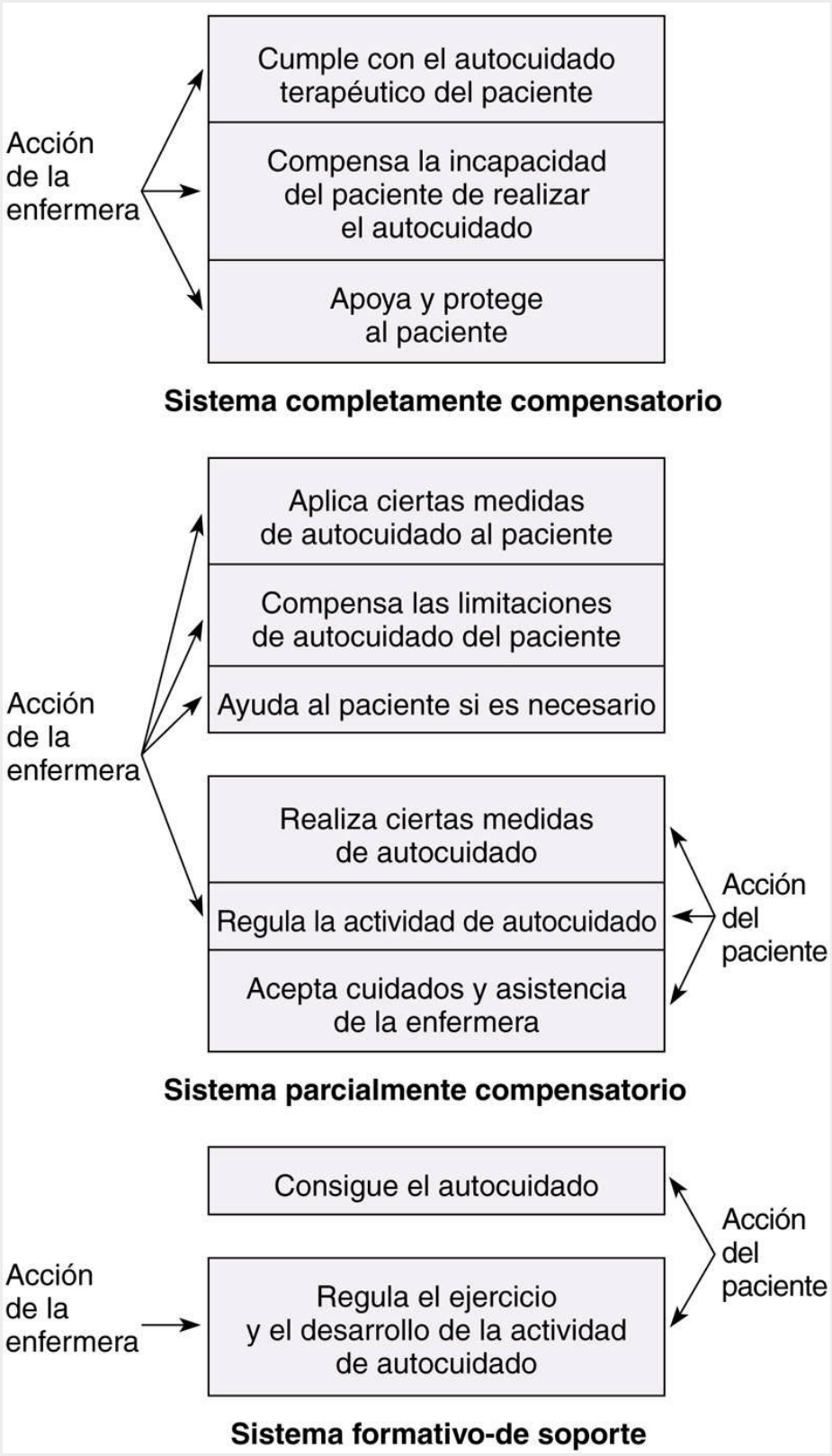


FIGURA 14.1 Sistemas enfermeros básicos. (Tomado de Orem, D. E. [2001]. *Nursing: Concepts of practice* [6th ed., p. 351]. St Louis: Mosby.)

Autocuidado

El **autocuidado** consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Orem, 2001, pág. 522).

Cuidado dependiente

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar o administrar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados –el objetivo del autocuidado– (Orem, 2001, pág. 522).

Requisitos de autocuidado universales

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse

mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal; la normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas (Orem, 2001, pág. 225).

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo (RACD) estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1980). Se han identificado tres conjuntos de RACD:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones humanas y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (Orem, 1980, pág. 231).

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de autocuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Necesidades de autocuidado terapéutico

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona, particularizado para las condiciones y circunstancias existentes a través de unos métodos adecuados para lo siguiente:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).

- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) (Orem, 2001, pág. 523).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: 1) describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y 2) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

Demanda de cuidado dependiente

La demanda de cuidado dependiente es la suma de las medidas de cuidados en un momento específico o en un período de tiempo para cubrir la demanda de autocuidado terapéutico del dependiente cuando su habilitación de autocuidado no es adecuada u operativa (Taylor et al., 2001, pág. 40).

Actividad de autocuidado

La **actividad de autocuidado** es la habilidad compleja adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano (Orem, 2001, pág. 522).

Actividad de cuidado dependiente

La **actividad de cuidado dependiente** se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

Déficit de autocuidado

El **déficit de autocuidado** es la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no

son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada (Orem, 2001, pág. 522).

Déficit de cuidado dependiente

El **déficit de cuidado dependiente** es una relación que existe cuando el proveedor de cuidados dependiente no es adecuado para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona que recibe el cuidado dependiente.

Actividad enfermera

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado (Orem, 2001, pág. 518). La actividad enfermera incorpora también las capacidades de los profesionales de enfermería para ayudar a personas que proporcionan cuidado dependiente a regular el desarrollo o el ejercicio de su actividad de cuidado dependiente.

Diseño enfermero

El **diseño enfermero,** una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, permite a los profesionales de enfermería, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería (Orem, 2001, pág. 519).

Sistemas enfermeros

Los **sistemas enfermeros** son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de sus pacientes para conocer y cubrir

los componentes de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Orem, 2001, pág. 519).

Métodos de ayuda

Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar (Orem, 2001, págs. 55-56).

Factores condicionantes básicos

Los **factores condicionantes básicos** condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado 10 factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.

- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

Uso de datos empíricos

Como ciencia práctica, el conocimiento enfermero se desarrolla para informar a la práctica enfermera. Orem (2001) afirmó: «La enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica realizada por personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica de enfermería» (pág. 161). La provisión de la atención enfermera se produce en situaciones concretas. A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizan sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar significado a las características de la situación, hacer juicios sobre qué puede y debe hacerse y diseñar e implementar sistemas de cuidados enfermeros. Desde la perspectiva de la TDAE, los resultados enfermeros deseados incluyen satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad de autocuidado del paciente.

Los elementos conceptuales y las teorías específicas de la TDAE son abstracciones sobre las características comunes a todas las situaciones de la práctica enfermera. La TDAE se desarrolló y se mejoró a través del uso de procesos intelectuales que se centraron en situaciones de la práctica enfermera. Por ejemplo, Orem reflexionó sobre sus experiencias de la práctica enfermera para identificar el objetivo real de la enfermería. En su trabajo relacionado con la TDAE, el Nursing Development Conference Group (1979) inició un análisis de casos de enfermería y procesos de razonamiento analógico. En homenaje a Orem, Allison (2008) habla del Nursing Development Conference Group y dice que «estas enfermeras se juntaron porque tenían interés y deseos de comprometerse a examinar situaciones de la enfermería para formalizar vías de pensamientos sobre enfermería que creían eran descriptivas de la enfermería y contribuirían al conocimiento enfermero» (pág. 50). Desde la primera publicación de la TDAE,

numerosas pruebas empíricas han contribuido al desarrollo del conocimiento teórico, gran parte del cual se ha incorporado a la mejora continuada de la teoría; sin embargo, los puntos básicos de la teoría permanecen intactos. La teoría del cuidado dependiente representa un importante avance en términos del desarrollo de la TDAE. «La mayor necesidad en las sociedades del cuidado dependiente indica la importancia para los profesionales de enfermería de la comprensión del cuidado dependiente y de su relación con los agentes del cuidado dependiente» (Orem, 2001, pág. 286).

Además de desarrollar la teoría del cuidado dependiente, se han producido otros avances teóricos. Hartwig y Pickens (2016) emplearon un abordaje de análisis conceptual para explicar el significado de la normalidad. Los seis atributos que definen la normalidad son: 1) disponer de recursos adecuados para poder cubrir las necesidades básicas de la vida; 2) ser capaz de realizar las actividades de la vida diaria y las que se corresponden con los intereses personales; 3) aceptar y ajustarse a una nueva normalidad; 4) mantener la propia salud mediante la toma de decisiones sobre el propio autocuidado y la aplicación del mismo; 5) implicarse en el cumplimiento de las relaciones interpersonales, y 6) estar seguro, que consiste en no dañar ni ser dañado por uno mismo o por los demás (págs. 8-9). La bibliografía analizada en el proceso de análisis conceptual apoya las cuatro categorías de acciones propuestas por Orem para fomentar la normalidad.

White, Peters y Schim (2011) analizaron y exploraron el concepto de espiritualidad y su relación con la TDAE. Estos autores propusieron que «la espiritualidad se conceptualiza como una disposición fundamental» (pág. 51). Las capacidades y disposiciones fundamentales son componentes de los conceptos de actividad de autocuidado, actividad de cuidado dependiente y actividad enfermera (Orem, 2001; págs. 260-264). Estas capacidades y disposiciones resultan fundamentales para que una persona pueda implicarse en una acción deliberada.

White et al. (2011) también identifican el autocuidado espiritual como una variante de autocuidado relacionada con la cobertura de las exigencias de autocuidado durante el desarrollo. «El autocuidado espiritual se define como el conjunto de actividades de

base espiritual en la que una persona participa para mantener o fomentar su desarrollo personal continuado y el bienestar en la salud y la enfermedad» (White et al., pág. 53). Los autores analizan una serie de prácticas que pueden incluirse dentro del autocuidado. Además, sostienen que la pertenencia religiosa es un elemento de los factores condicionantes básicos de la orientación sociocultural.

Principales premisas

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de los años setenta y se presentaron por primera vez en la Escuela de Enfermería de la Marquette University en 1973. Orem (2001) identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos tanto para uno mismo como para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás (pág. 140).

Orem planteó presuposiciones y propuestas para la teoría de los sistemas enfermeros, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría

del autocuidado. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen en los siguientes apartados.

Fundamentos teóricos

Presentada como una teoría general de la enfermería, que representa una imagen completa de la enfermería, la TDAE se expresa mediante tres teorías:

1. Teoría de sistemas enfermeros.
2. Teoría del déficit de autocuidado.
3. Teoría de autocuidado.

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TDAE. La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. La teoría de la deficiencia de autocuidado analiza el motivo por el cual una persona puede beneficiarse de los cuidados enfermeros. La teoría del autocuidado, clave para los demás, expresa el propósito, el método y el resultado de cuidar de uno mismo. La teoría del cuidado dependiente se introdujo inicialmente como un corolario a la teoría del autocuidado (Taylor y Renppenning, 2011, pág. 107). Actualmente se sigue trabajando en desarrollar los elementos y relaciones conceptuales vinculadas con esta teoría.

Teoría de los sistemas enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. La figura 14.1 muestra los sistemas enfermeros básicos organizados según la

relación entre la acción del paciente y la de la enfermera. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.

Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También limitan la capacidad de implicarse en el rendimiento continuado de las medidas de cuidado orientadas a controlar o en cierto modo manejar los factores que son reguladores por si mismos o su función y desarrollo dependiente.

Déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones de acción, ofrece guías para la selección de los métodos para ayudar y comprender el papel del paciente en el autocuidado.

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían

beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

Teoría del cuidado dependiente

La teoría del cuidado dependiente «explica el modo en que se modifica el sistema de autocuidado cuando se dirige hacia una persona que es socialmente dependiente y necesita ayuda para satisfacer sus requisitos de autocuidados» (Taylor y Renpenning, 2011, pág. 24). Para personas que son socialmente dependientes e incapaces de atender su demanda de autocuidados terapéuticos, es necesaria la ayuda de otras personas. En muchos sentidos, el autocuidado y el cuidado dependiente van en paralelo; la principal diferencia es que cuando proporciona cuidado dependiente, la persona está satisfaciendo las necesidades de autocuidado de otra persona. Para el agente de cuidado dependiente, las demandas de proporcionar cuidado dependiente pueden influir o condicionar la demanda de autocuidados terapéuticos del agente y la actividad de autocuidado. Es de esperar que la necesidad de cuidado dependiente aumente con el incremento de la edad de la población y el número de personas que viven con dolencias crónicas y/o incapacitantes.

Planteamiento lógico

El consejo de Orem llevó a la formalización inicial y a la expresión subsiguiente de un concepto general de enfermería. Más tarde, esta generalización permitió el pensamiento inductivo y deductivo en la enfermería. La forma de la teoría se muestra en los muchos modelos que Orem y otros han desarrollado, como los que se especifican en las figuras 14.1 y 14.2. Orem describió los modelos y su importancia

en el desarrollo y la comprensión de la realidad de las entidades. Estos modelos «se dirigen al conocimiento de la estructura de los procesos que son operativos o que se vuelven operativos en la producción de los sistemas de enfermería, sistemas de cuidado para las personas o para las unidades de cuidado dependiente o los grupos de personas atendidos por las enfermeras» (Orem, 1997, pág. 31). La teoría global es, por tanto, coherente.

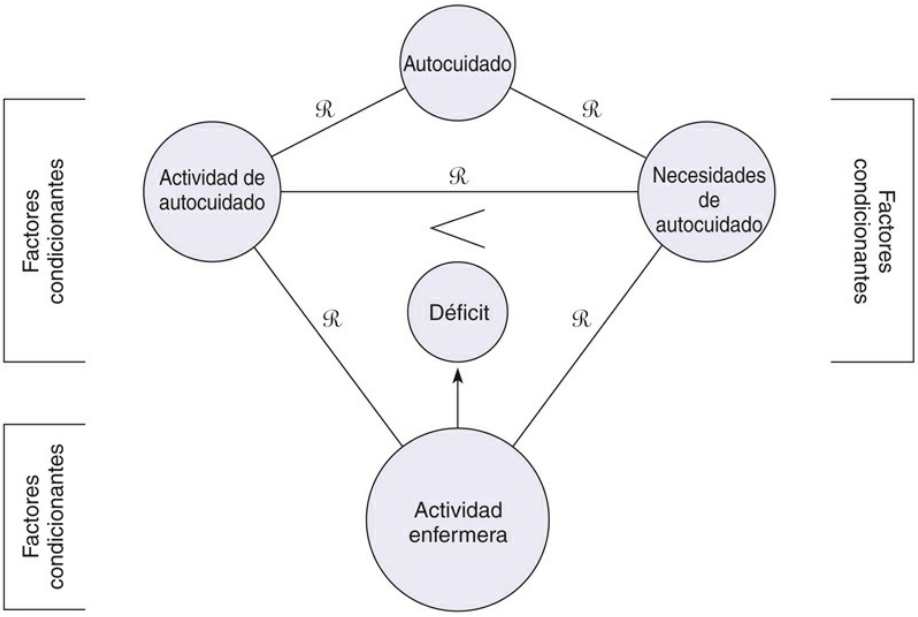


FIGURA 14.2 Un marco conceptual para la enfermería. *R*, relación; <, déficit de relación, actual o prevista.
(Tomado de Orem, D. E. [2001]. *Nursing: Concepts of practice* [6th ed., p. 491]. St Louis: Mosby.)

Aceptación por la comunidad de enfermería

La TDAE de Orem ha conseguido un nivel importante de aceptación en la comunidad enfermera internacional, tal como se revela por la magnitud del material publicado y las presentaciones en los congresos mundiales de la International Orem Society (2008, 2011 y 2012). En la investigación que utiliza la TDAE o sus componentes, Biggs (2008) encontró más de 800 referencias. Berbiglia (2014) identificó centros de práctica seleccionados y focos

conceptuales de TDAE a partir de una revisión de más de tres décadas de uso de la TDAE en la práctica y la investigación, y publicó modelos seleccionados de práctica internacional de la TDAE para el siglo XXI.

La TDAE se introdujo como estructura básica para la dirección de enfermería en los hospitales alemanes que aplicaban los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) para el pago (Beckel, comunicación personal, 2004). El movimiento hacia la dirección de enfermería basada en la TDAE en Alemania viene avalado por el liderazgo, la docencia (1997, 2014, 2015) y el pensamiento futurista de Bekel. Actualmente se está planificando un centro terapéutico de enfermería, orientado según las nuevas definiciones de la ley de enfermería alemana y que ofrece un tratamiento de enfermería acorde con el esquema de la TDAE (Bekel, comunicación personal, 23 de abril de 2016). Aunque resulta difícil valorar por completo la aplicación internacional de la TDAE, resulta evidente que a lo largo del tiempo Alemania y Tailandia se han convertido en los ejemplos de referencia sobre el uso reciente de este modelo de TDAE (Bekel, 2002, 2015; Harnucharunkul, 2012). En una revisión de las referencias de la página web de la Organización Mundial de la Salud sobre la aplicación global del concepto de autocuidado se han encontrado 326 ejemplos (http://www.who.int/en/, 24 de abril de 2016). Aunque este hallazgo no se basa exclusivamente en la TDAE, se corresponde con lo que Orem había anticipado como resultado final de su teoría: que el concepto de *autocuidado* llegaría a ser corriente.

Los siguientes programas de enfermería de las facultades estadounidenses ofrecen los currículos basados en la TDAE (Berbiglia, 2011, 2012):

- Illinois Wesleyan University.
- University of Tennessee en Chattanooga.
- College of Saint Benedict.
- Anderson College.
- University of Toledo.
- Alcorn State University.
- Southern University Baton Rouge.

La influencia de la TDAE de Orem persiste internacionalmente con la traducción de *Nursing Concepts of Practice* a numerosos idiomas (español en 1993, alemán en 1997 y japonés en 2005) y con la proliferación de práctica, formación e investigación basada en la TDAE en todo el mundo.

Evolución

Desde el momento de publicación de la primera edición de *Nursing: Concepts of Practice* en 1971, Orem estuvo implicada en el desarrollo continuo de sus conceptualizaciones. Desarrolló este trabajo tanto sola como con compañeros. La sexta y última edición se publicó en 2001. Su trabajo con un grupo de expertos conocidos como el Orem Study Group continuó desarrollando las diversas conceptualizaciones y estructuró el conocimiento enfermero utilizando elementos de la teoría. Este trabajo la llevó a la elaboración de una teoría de cuidado dependiente (Taylor et al., 2001) y a la ciencia fundamental del autocuidado (Denyes, Orem y Bekel, 2001).

Nursing: Concepts of Practice (Orem, 2001) se organiza en dos puntos: la enfermería como único campo de conocimiento y la enfermería como ciencia práctica. El texto incluye una ampliación, a partir de ediciones anteriores, de contenido en la ciencia enfermera y la teoría de sistemas enfermeros. Se ha hecho un importante trabajo sobre la naturaleza de la persona y las características interpersonales de la enfermería. Orem identificó numerosas áreas de mayor desarrollo en sus descripciones de las etapas de desarrollo de la teoría. También identificó el desarrollo de la ciencia fundamental del autocuidado (Denyes, Orem y Bekel, 2001).

En 1993 se fundó la IOS con el objetivo de avanzar en la ciencia enfermera y en la erudición mediante el empleo de las conceptualizaciones de enfermería de Orem en la formación, la práctica y la investigación enfermera. En 2015, el nombre oficial de la organización pasó a ser Orem International Society of Nursing Science and Scholarship (OIS) (OIS, conferencia telefónica).

La OIS publica *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, una revista *online* de acceso abierto en la página web de la OIS (http://www.oreminternationalsociety.org). Desde su inicio, la OIS

ha patrocinado conferencias internacionales y mantiene un registro del contenido de estas conferencias.

Crítica

Claridad

Los términos que utilizó Orem están definidos de manera muy precisa. El lenguaje de la teoría es coherente con el que se utiliza en el siglo XXI en la teoría de la acción y en la filosofía. La terminología de la teoría es toda ella coherente. El término *autocuidado* tiene múltiples significados según la disciplina. Orem definió el término y ha elaborado la estructura sustancial del concepto de una manera única, pero también coherente con otras interpretaciones. Los comentarios que se hacían antes sobre la dificultad del lenguaje utilizado por Orem ya no tienen sentido, porque cada vez más enfermeras están familiarizadas con este trabajo. Una vez conseguida la familiarización básica con la terminología de la TDAE, seguir leyendo y estudiando la obra de Orem lleva a un conocimiento exhaustivo de su visión de la enfermería como un campo de conocimiento y como un campo de práctica.

Sencillez

La teoría de Orem se expresa en un número limitado de términos. Estos términos se definen y se utilizan de manera coherente en la expresión de la teoría. La teoría general de Orem, la TDAE, consta de cuatro teorías: **autocuidado, cuidado dependiente, déficit de autocuidado** y **sistemas de enfermería.** La TDAE es una síntesis del conocimiento sobre ocho entidades, que incluyen *autocuidado* (y *cuidado dependiente*), *actividad de autocuidado* (y *actividad de cuidado dependiente*), *exigencia de autocuidado terapéutico, de déficit de autocuidado,* y la *actividad enfermera* y el *sistema enfermero.* El desarrollo de la teoría mediante la utilización de estas entidades es lento. La relación entre estas entidades se representa en un simple diagrama. La estructura sustancial de la teoría se ve en el desarrollo de estas entidades. Lo que confiere a la teoría la complejidad necesaria para describir y comprender una disciplina práctica

humana es la profundidad del desarrollo de los conceptos.

Generalidad

Orem realizó el siguiente comentario acerca de la generalidad o universalidad de la teoría:

> *«La teoría del déficit de autocuidado en enfermería no sirve como explicación para la individualidad de una situación concreta de la práctica enfermera, sino que es la expresión de una combinación singular de propiedades conceptualizadas o características comunes a todas las ramas de la enfermería. Como teoría general, sirve a las enfermeras practicantes en el desarrollo y la validación del conocimiento enfermero, y en la enseñanza y el aprendizaje de enfermería.»*
>
> *(1995, págs. 166-167)*

Una revisión de la investigación y de las publicaciones permitirá determinar la generalidad de la teoría.

Accesibilidad

Como teoría general, la TDAE ofrece una explicación descriptiva de por qué las personas necesitan la enfermería y qué procesos se necesitan para obtener la atención enfermera requerida. Los conceptos de la teoría son abstracciones de las entidades que representan el objeto real de las enfermeras en situaciones concretas de la práctica enfermera. Autocuidado, cuidado dependiente y cuidado enfermero son formas de acción deliberada para alcanzar un objetivo concreto. Los conceptos de *demanda de autocuidado terapéutico, actividad de autocuidado, actividad de cuidado dependiente* y *actividad enfermera* se refieren a las propiedades de las personas. El *déficit de autocuidado* y el *déficit de cuidado dependiente* se refieren a las relaciones entre propiedades de las personas. *Sistema de autocuidado, sistema de cuidado dependiente* y *sistema enfermero* son sistemas de cuidados diseñados e implementados para obtener los resultados deseados. *Factores condicionantes básicos* se refieren a factores que condicionan o influyen en las variables de las personas.

Estos factores pueden ser internos a la persona, como el nivel de desarrollo, o externos, como los recursos disponibles. En situaciones de la práctica enfermera, los datos recogidos por las enfermeras pueden clasificarse fácilmente según los conceptos de la TDAE.

De cara a la investigación, los métodos de investigación cuantitativos y cualitativos son adecuados para desarrollar conocimientos relacionados con la TDAE. Los métodos específicos de investigación que se utilizarán en cualquier investigación se seleccionan según las cuestiones planteadas. Pueden encontrarse varios enfoques en el resumen que acompaña a esta publicación de investigaciones recientes sobre la TDAE (Berbiglia, 2014). Aunque los conceptos de la TDAE se refieren a entidades reales, son de naturaleza compleja. La puesta en práctica de estos conceptos requiere un conocimiento exhaustivo de la obra de Orem. Se han desarrollado instrumentos para medir algunos de estos conceptos.

El énfasis actual en la TDAE se centra en crear un corpus de conocimientos basado en la práctica enfermera, más que en embarcarse en validar la teoría. El desarrollo de instrumentos tiene un cometido importante en la construcción del conocimiento enfermero, además de otros tipos de trabajo erudito. Se necesita un gran volumen de trabajo respecto a la estructuración del conocimiento existente en torno a las ciencias de la práctica y las ciencias enfermeras que sirven de fundamento identificadas por Orem. Por tanto, se necesitan estudios descriptivos completos de varias poblaciones en cuanto a sus requisitos y prácticas de autocuidado. La estructuración de los conocimientos existentes y los resultados de los estudios descriptivos proporcionarán una base sólida para el desarrollo de instrumentos para medir los conceptos de la TDAE.

Importancia

La TDAE diferencia el centro de interés de la enfermería del de las demás disciplinas. Aunque otras disciplinas consideran que la teoría de autocuidado es de gran ayuda y contribuyen a su desarrollo, la teoría de sistemas enfermeros supone la única esencia de la enfermería. La importancia de la obra de Orem se extiende más allá del desarrollo de la TDAE. En sus obras ofreció la

expresión de la forma práctica de la ciencia enfermera junto con una estructura para el desarrollo venidero del conocimiento enfermero en las etapas del desarrollo de la teoría. Orem presentó un enfoque visionario de la práctica enfermera, la formación y el desarrollo del conocimiento contemporáneo expresado en la teoría general.

Resumen

La pregunta crítica –¿cuál es el estado que indica que una persona necesita cuidados enfermeros?– fue el punto de inicio para el desarrollo de la TDAE. Orem observó que algunas personas eran incapaces de mantener sus propios cuidados o los cuidados dependientes sobre una base continuada. A partir de esta observación inició el proceso de formalización del conocimiento sobre lo que las personas necesitaban hacer por sí mismas para mantener la salud y el bienestar. Cuando una persona necesita ayuda, ¿qué acciones de ayuda enfermera son las adecuadas? La teoría del autocuidado describe lo que una persona precisa y las acciones necesarias que se deben poner en marcha para satisfacer estos requisitos. La teoría del cuidado dependiente es compleja, y discurre en paralelo con la teoría del autocuidado de Orem. La teoría del déficit de autocuidado describe las limitaciones para satisfacer los requisitos para el cuidado continuado, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona o del dependiente. La teoría de los sistemas enfermeros proporciona la estructura para examinar las acciones y el conocimiento precedente necesarios para ayudar a la persona. Estas teorías también son descriptivas de situaciones que implican a familias y a comunidades.

La obra de Orem relacionada con la enfermería como una ciencia práctica y la identificación de tres ciencias prácticas y tres ciencias enfermeras que sirven de fundamento es una guía para el desarrollo de la ciencia enfermera. Este trabajo ofrece una estructura para organizar el conocimiento enfermero existente, además de crear conocimientos nuevos.

En una entrevista con Jacqueline Fawcett (2001), Orem identificó factores esenciales para el desarrollo de la ciencia enfermera, entre los que estaban: 1) un modelo de ciencia práctica; 2) una teoría general de enfermería válida y fiable; 3) modelos de las operaciones de la práctica enfermera; 4) desarrollo de la estructura conceptual

de la teoría general, y 5) integración de los elementos conceptuales de la teoría con las operaciones de la práctica (pág. 36). La obra de Orem relacionada con la TDAE y la forma de la ciencia enfermera como una ciencia práctica aporta la base para desarrollar un corpus de conocimientos. Los esfuerzos de enfermeras expertas e investigadoras por construir esta base dan lugar a un corpus de conocimientos que sirve a las enfermeras para asistir a las personas que necesitan atención enfermera.

Caso clínico

Teoría del cuidado dependiente

Este caso clínico documenta una interacción continuada entre una mujer y su marido que comparten una vivienda espaciosa en una urbanización cerrada.

Cuando Dan (hoy de 80 años) y Jane (de 65) empezaron a salir, hace más de 15 años, los dos se sentían muy motivados para iniciar una nueva vida. Con buena formación y posibilidades económicas, tenían mucho en común. Dan era un ministro protestante, y el esposo fallecido de Jane también lo había sido. Dan y Jane eran viudos. El primer marido de Jane sufrió un aneurisma cerebral letal 2 años antes. Dan había oficiado el funeral para el marido de Jane. La mujer de Dan había muerto de un cáncer terminal hacía poco más de 1 año. La primera esposa de Dan había sido asesora escolar; Jane era profesora en un colegio. Los dos tenían hijos en la universidad. Compartían la afición por viajar. Dan estaba jubilado, pero trabajaba a tiempo parcial, y Jane pensaba seguir en la enseñanza hasta su jubilación. Los dos tenían buena salud y una cobertura médica más que suficiente. Al cabo de 1 año se casaron. Pasaron las vacaciones de verano practicando el buceo libre en Hawái, haciendo montañismo en parques nacionales y montando en barco con otros familiares. Al cabo de 7 años, Dan empezó a sufrir importantes problemas de salud: una cirugía de cuádruple derivación cardíaca, seguida de otra intervención quirúrgica por un cáncer de páncreas. Jane tuvo que renunciar a sus planes de seguir trabajando, para ayudar a Dan en su recuperación y seguir viajando con él y disfrutando del tiempo compartido. Dan se recuperó, pero pronto empezó a mostrar los primeros signos y

síntomas de la enfermedad de Alzheimer. Uno de los primeros signos apareció en la última Navidad, cuando estaban preparando las luces del porche. Jane observó consternada que Dan no cumplía con las instrucciones claras que ella le daba. Con el paso del tiempo aparecieron otros signos, como cierta pérdida de memoria y confusión, repetición frecuente de frases predilectas, estallidos repentinos de ira y reducción de las actividades sociales. La evaluación médica condujo al diagnóstico de enfermedad de Alzheimer precoz. A Dan se le prescribió hidroclorato de donepecilo y Jane se preparó para enfrentarse a esta nueva fase de su vida conyugal. Leyó con interés libros sobre Alzheimer y organizó la casa para mejorar la seguridad física y psicológica. En una pizarra en la cocina escribió los números de teléfono y los planes diarios. Guardó a buen recaudo las llaves del coche. Notó que valoraba mucho el tiempo pasado con Dan. Le bastaba con sentarse junto a él en el sofá para que se le iluminara el rostro. Siguieron asistiendo a los servicios litúrgicos, pero interrumpieron sus baños regulares en la piscina comunal cuando un día Dan salió desnudo del vestuario. Al cabo de 1 año, la hermana jubilada de Jane y su cuñado se instalaron en una casa a un corto paseo de la de Jane. Pretendían estar cerca para ayudar a Jane a cuidar de Dan. Los hijos de Dan y de Jane no vivían cerca, con lo que solo podían prestarle su ayuda ocasionalmente. Conforme los síntomas de Dan se agravaron, una amiga del vecindario, Helen, empezó a relevar a Jane durante unas horas cada semana. En ese tiempo, Jane ha seguido siendo la principal agente del cuidado dependiente. Se ufana de cómo domina la ducha doble; primero ducha a Dan en la silla adaptada, y después, mientras se ducha ella misma, él permanece sentado en un asiento en el cuarto de baño, secándose. Los amigos de la hija de Jane decían que era una escena digna de un vídeo doméstico. Aunque Jane es muy prudente mientras cuida de Dan, a menudo conduce un breve trecho hasta la pista de tenis de la urbanización para jugar con sus amigos y pasa un tiempo cuidando el jardín que Dan y ella habían plantado. Durante esos momentos, cierra bien la puerta de la casa y deja a Dan sentado ante el televisor con un vaso de zumo. Controla el tiempo y regresa pronto a casa para cuidar de su marido. Una vez se olvidó de cerrar la puerta mientras estaba en el jardín, y Dan salió andando

por la calle, perdió el equilibrio, se cayó sobre un arriate con flores y fue encontrado allí por un vecino. Jane pasa las tardes en casa y cultiva su cada vez más fuerte afición por la lectura. Llena su vida ayudando a Dan en todas sus actividades cotidianas. Y, a menudo, se despierta y descubre a Dan vagando por la casa. A veces, cuando suena el teléfono, Dan responde y contesta que Jane no está con él. En la habitación de al lado, Jane le dice: «Dan, yo soy Jane». Sus amigos se entristecen al ver el declive de Dan y les preocupan las cargas y limitaciones que ha asumido Jane debido a la dependencia de su esposo.

Actividades de pensamiento crítico

1. Examine el caso mediante el modelo del ciclo de dependencia (fig. 14.3). Las flechas exteriores muestran una progresión a través de diversas fases de dependencia. El círculo interior representa quién interviene en el ciclo de dependencia. ¿Dónde se encuentran Jane y Dan en este ciclo?
2. Usando el modelo del sistema básico del cuidado dependiente (fig. 14.4), valore a Dan y a Jane. Identifique los factores condicionantes básicos (FCB) para cada uno. ¿Cuál es el efecto de los FCB de Dan en su actividad de autocuidado? ¿Es capaz de cubrir sus demandas de autocuidados terapéuticos? Diagnostique el déficit de autocuidado de Dan y el déficit de cuidado dependiente resultante. A continuación, valore el sistema de autocuidado de Jane.
3. Diseñe un sistema de enfermería que aborde el sistema de autocuidado de Jane a la vez que mejora su función como agente de cuidado dependiente de Dan.

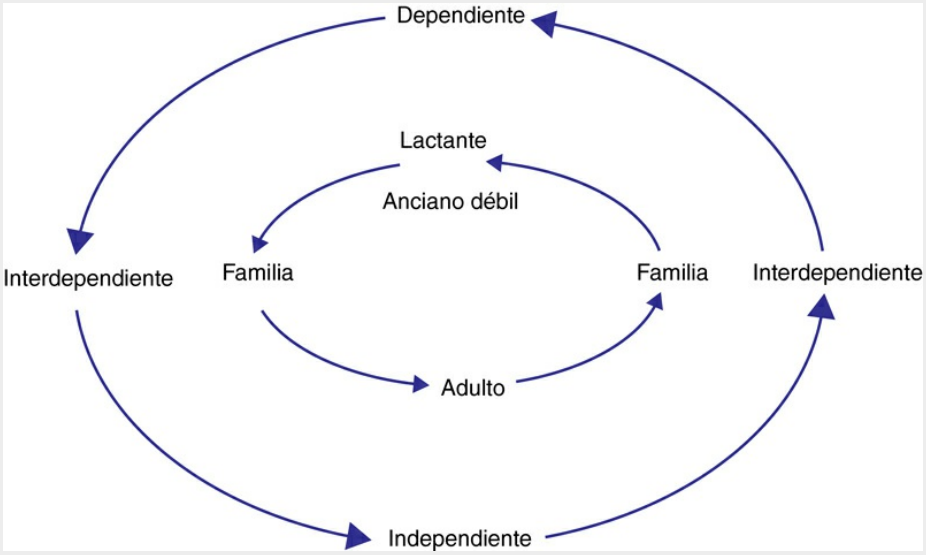


FIGURA 14.3 Ciclo de dependencia. (Tomado de Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. [2001]. The theory of dependent-care: A corollary to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly, 14*[1], 39–47.)

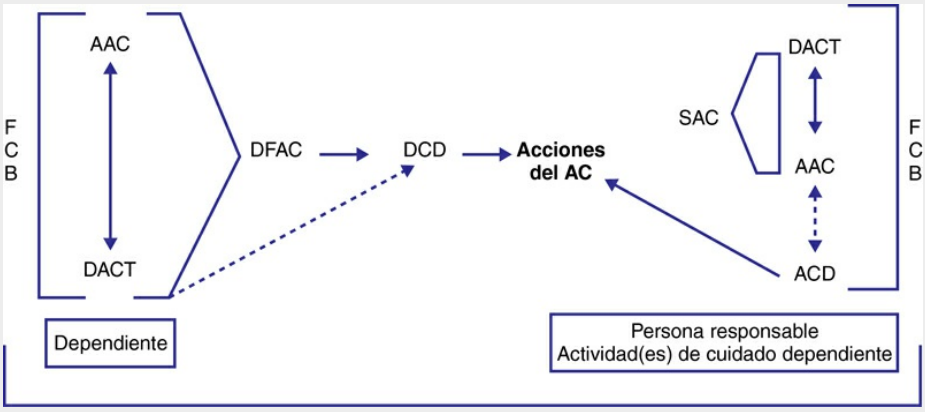


FIGURA 14.4 Sistema básico de cuidado dependiente. *AAC,* actividad de autocuidado; *AC, agente de cuidados; ACD,* actividad de cuidado dependiente; *DACT,* demanda de autocuidado terapéutico*; DCD,* demanda de cuidado dependiente; *DFAC,* déficit de autocuidado; *FCB,* factores condicionantes básicos; *SAC,* sistema de autocuidado. (Tomado de Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. [2001]. The theory of dependent-care: A corollary to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly, 14*[1], 39–47.)

Referencias para ampliar conocimientos

- Berbiglia, V. A. (2014). Orem's self-care deficit nursing theory in practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 222–244). St Louis: Mosby Elsevier.
- Fawcett, J. (1988). *The nurse theorists. Portraits of excellence: Dorothea Orem* (vídeo/DVD). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Fawcett, J. (1992). *Excellence in action: Dorothea Orem* (vídeo/DVD). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Orem International Society (OIS), en http://www.oreminternationalsociety.org.
- Los Johns Hopkins Archives guardan la Dorothea Orem Collection en http://www.medicalarchives.jhmi.edu.
- La revista oficial *online* de la OIS, *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, está archivada en OremInternationalsociety.org.

Bibliografía

Allison SE. Some early efforts to conceptualize nursing: A tribute to Dorothea E. Orem (Electronic version). *Self-care, Dependent-Care & Nursing*. 2008;16(1):49–50.

Allport GW. *Becoming*. New Haven: Yale University Press; 1955.

Arnold MB. New York: Columbia University Press; 1960.

Arnold MB. New York: Columbia University Press; 1960.

Banfield, B.E. (1998). *A philosophical inquiry of Orem's self-care deficit nursing theory*. (Unpublished doctoral dissertation). Wayne State University, Detroit, MI.

Banfield BE. Philosophic position on nature of human beings foundational to Orem's self-care deficit nursing theory. *Self-Care, Dependent-Care, & Nursing*. 2008;16(1):33–40.

Banfield BE. Environment: A perspective of the self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(2):96–100.

Barnard, C.I. (1962). *The functions of the executive*. Cambridge: Harvard University Press. *Society Newsletter*, 7(1), 1-3.

Bekel, G. (2002). Development of therapeutic self-care demand for nursing practice situations (Abstract). 7th International Self-Care Deficit Nursing Theory Conference November 1-3, 2002, Atlanta, GA.

Bekel, G. (2014). *Strukturmodelle und Methoden selbstpflegeorientierter*

Pflegediagnostik (Structural models and methods of self-care oriented nursing diagnostic). Stuttgart: Thieme CNE-Fortbildung, 04-2014, Pflegewissenschaft. S. 2-9.

Bekel, G. (2015). Die Selbstpflegedefizit-Theorie: Ein Erkenntnisprogramm fu¨r diePflege als Praxiswissenschaft (SCDNT—A scientific program for nursing as a practice science) (pp. 185-214). In H. Brandenburg, S. Dorschner (Hrsg.), Pflegewissenschaft I. Ein Arbeitsbuch. 3. u¨berarb. u. erw. Aufl. Bern, Hans Huber.

Berbiglia VA. The self-care deficit nursing theory as a curriculum conceptual framework in baccalaureate education. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(2):137–145.

Berbiglia, V.A. (2012). 2012 update on the self-care deficit nursing theory as a curriculum conceptual framework in baccalaureate education. (Abstract). 12th IOS World Congress, May, 2012, Luxembourg.

Berbiglia VA. Orem's self-care deficit theory in nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby; 2014:222–244.

Biggs A. Orem's Self-Care Deficit Nursing theory: Update on the state of the art and science. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21(3):200–206.

Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(1):48–54.

Fawcett J. The nurse theorists: 21st-century updates —Dorothea E. Orem 2001. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(1):34–38.

Fromm E. *The art of loving*. New York: Harper Colophon Books; 1962.

Harnucharunkul, S. (2012, May). Keynote. 12th IOS World Congress, Luxembourg.

Harre R. *The principles of scientific thinking*. Chicago: University of Chicago Press; 1970.

Hartweg D, Pickens J. A concept analysis of normalcy within Orem's self-care deficit nursing theory. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*. 2016;22(1):12–15.

Macmurray J. *The self as agent*. London: Faber and Faber; 1957.

Macmurray J. *Persons in relation*. New York: Harper; 1961.

Maritain J. *The degrees of knowledge*. New York: Charles Scribner's Sons; 1959.

Nursing Development Conference Group. In: Orem DE, ed. *Concept formalization in nursing: Process and product*. Boston: Little Brown; 1973.

Nursing Development Conference Group. In: Orem DE, ed. *Concept formalization in nursing: Process and product*. 2nd ed. Boston: Little Brown; 1979.

OIS (Orem International Society). (2015, Dec.). Conference call minutes.

Orem, D.E. (1956). *Hospital nursing service: An analysis*. Report to the Division of Hospital and Institutional Services of the Indiana State Board of Health. Indianapolis: Division of Hospital and Institutional Services.

Orem DE. *Guides for developing curricula for the education of practical nurses*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; 1959.

Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 1971.

Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1980.

Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 5th ed. St Louis: Mosby; 1995.

Orem, D.E. (1997a) Strukturkonzepte der Pflegepraxis (Nursing concepts of practice). (G. Bekel, Trans.). Berlin: Ullstein Mosby.

Orem DE. Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):26–31.

Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.

Parsons T. *Essays in sociological theory*. New York: Free Press; 1949.

Parsons T. *The social system*. New York: Free Press; 1951.

Plattel, M.G. (1965). *Social philosophy*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 13(3), 158-163.

Renpenning K, Taylor SG, eds. *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer; 2003.

Taylor S, Geden E, Isaramalai S, Wongvatunyu S. Orem's self-care deficit nursing theory: Its philosophical foundation and the state of the science. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(2):104–109.

Taylor SG, Renpenning K. *Self-care science, nursing theory and evidence based practice*. New York: Springer; 2011.

Taylor SG, Renpenning K, Geden E, Neuman B, Hart M. A theory of dependent care. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(3):39–47.

Wallace WA. *From a realist point of view*. Washington, DC: University Press of America; 1979.

Wallace WA. *The modeling of nature, philosophy of science and philosophy of nature in synthesis*. Washington, DC: Catholic University of America Press; 1996.

Wesleyan University School of Nursing Curriculum. (n.d.). Retrieved from http://www2.iwu.edu/nursing/curriculum/index.shtml.

White ML, Peters R, Schim SM. Spirituality and spiritual self-care: Expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(1):48–56.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Nursing Development Conference Group. In: Orem DE, ed. *Concept formalization in nursing: Process and product*. Boston: Little Brown; 1972.

Nursing Development Conference Group. In: Orem DE, ed. *Concept formalization in nursing: Process and product*. 2nd ed. Boston: Little Brown; 1979.

Orem, D. E. (Ed.). (1959). *Guides for developing curricula for the education of practical nurses*. Vocational Division #274. Trade and Industrial Education #68. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Orem DE, Parker KS, eds. *Nurse practice education workshop proceedings*. Washington, DC: The Catholic University of America; 1963.

Orem DE, Parker KS, eds. *Nursing content in preservice nursing curriculum*. Washington, DC: The Catholic University of America Press; 1964.

Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1985.

Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 4th ed. St Louis: Mosby; 1991.

Capítulos de libros

Orem DE. Discussion of paper—Another view of nursing care and quality. In: Straub KM, Parker KS, eds. *Continuity of patient care: The role of nursing*. Washington, DC: The Catholic University of America Press; 1966.

Orem DE. Inservice education and nursing practice forces effecting nursing practice. In: Petrowski DK, Staub KM, eds. *School of nursing education*. Washington, DC: The Catholic University of America Press; 1969.

Orem DE, Nursing: A triad of action systems. Lasker GE, ed. *Applied systems and cybernetics. Systems research in health care, biocybernetics, and ecology*, Vol. IV. New York: Pergamon Press; 1981.

Orem DE. Nursing: A dilemma for higher education. In: Power A Sr, ed. *Words commemorated: Essays celebrating the centennial of Incarnate Word College*. San Antonio, TX: Incarnate Word College; 1982.

Orem DE. The self-care deficit theory of nursing: A general theory. In: Clements I, Roberts F, eds. *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley Medical; 1983.

Orem DE. Orem's conceptual model and community health nursing. In:

Asay MK, Ossler CC, eds. *Proceedings of the Eighth Annual Community Health Nursing Conference: Conceptual models of nursing applications in community health nursing*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Department of Public Health Nursing, School of Public Health; 1984.

Orem DE. Nursing administration: A theoretical approach. In: Henry B, Arndt C, DiVincenti M, Tomey AM, eds. *Dimensions of nursing administration*. Boston: Blackwell Scientific; 1988.

Orem DE. A nursing practice theory in three parts, 1956-1989. In: Parker ME, ed. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1990.

Orem DE, Taylor S. Orem's general theory of nursing. In: Winstead-Fry P, ed. *Case studies in nursing theory (37-71; Pub. No. 15-2152)*. New York: National League for Nursing; 1986.

Artículos de revistas

Orem DE. The hope of nursing. *Journal of Nursing Education*. 1962;1(1):5.

Orem DE. Levels of nursing education and practice. *Alumnae Magazine*. 1979;68(1):2–6.

Orem DE. Concepts of self-care for the rehabilitation client. *Rehabilitation Nursing*. 1985;10(3):33–36.

Orem DE. The form of nursing science. *Nursing Science Quarterly*. 1988, May;1(2):75–79.

Orem DE. Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):26–31.

Orem DE, O'Malley M. Diagnosis of hospital nursing problems. *Hospitals*. 1952, Aug;26(8):63–65.

Orem DE, Vardiman E. Orem's nursing theory and positive mental health: Practical considerations. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(4):165–173.

---

* Autoras anteriores: Susan G. Taylor, Angela Compton, Jeanne Donohue Eben, Sarah Emerson, Nergess N. Gashti, Ann Marriner Tomey, Margaret J. Nation y Sherry B. Nordmeyer. Se agradece a Sang-arun Isaramalai su búsqueda y ayuda editorial en una edición anterior.

Créditos de la fotografía: Gerd Bekel Archives, Cloppenburg, Alemania.

15

Sistema conceptual y teoría de nivel medio del logro de objetivos

Christina L. Sieloff

Patricia R. Messmer[*]

«Una teoría es una abstracción que implica la predicción basada en la investigación. La teoría sin investigación y la investigación sin alguna base científica no generan conocimientos científicos para una disciplina.»

(King, 1977, pág. 23)

Imogene M. King, EdD, RN, FAAN
(1923-2007)

Acreditaciones y antecedentes

Homenaje de Nightingale a Imogene King

Imogene M. King nació el 30 de enero de 1923 en West Point, Iowa, falleció el 24 de diciembre de 2007 en St. Petersburg, Florida, y fue enterrada en Fort Madison, Iowa. En 1945 se diplomó en Enfermería en la Facultad de Enfermería del Hospital St. John en St. Louis, Missouri. Mientras trabajaba en distintos puestos como enfermera, King empezó a estudiar la carrera en Ciencias de la Educación en Enfermería en la St. Louis University, que terminó en

1948. En 1957 terminó un máster en Ciencias de la Enfermería en la misma universidad. Entre 1947 y 1958, King trabajó como profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica y fue directora ayudante de la Facultad de Enfermería del Hospital St. John. King siguió estudiando con Mildred Montag como directora de tesis en el Teachers College, Columbia University, Nueva York, y recibió el título de doctora en Enfermería en 1961.

Entre 1961 y 1966, en la Loyola University de Chicago, King desarrolló un programa de máster en Enfermería basado en un marco conceptual para la enfermería. Su primer artículo teórico se publicó en 1964 en la revista *Nursing Science,* editada por la teórica de la enfermería Martha Rogers.

Entre 1966 y 1968, King trabajó como ayudante jefe de la rama de becas para la investigación, sección de Enfermería, del Department of Health, Education, and Welfare estadounidense, bajo las órdenes de Jessie Scott. Mientras residía en Washington D. C. publicó su artículo «A Conceptual Frame of Reference for Nursing» en *Nursing Research* (1968).

Entre 1968 y 1972, King fue directora de la Facultad de Enfermería de la Ohio State University en Columbus. Mientras estaba en esta universidad publicó su libro *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior* (1971). En este trabajo precoz, King llegaba a la conclusión de que «se necesita una representación sistemática de la enfermería para conseguir desarrollar una ciencia que acompañe durante un siglo o más el arte de la enfermería en el mundo diario» (1971, pág. 129). Su obra recibió el Premio al Libro del Año del *American Journal of Nursing* en 1973 (King, 1995a).

Posteriormente King regresó a Chicago en 1972 como profesora del programa de grado de la Loyola University. También fue coordinadora de investigación en enfermería clínica en el Departamento de Enfermería del centro médico de Loyola entre 1978 y 1980. En 1980 King recibió un doctorado *honoris causa* de la Southern Illinois University (Messmer, 2000). En mayo de 1998 recibió también un doctorado *honoris causa* de la Loyola University, que alberga su «Colección de enfermería». Entre 1972 y 1975, King fue miembro del Defense Advisory Committee on Women in the Services para el Department of Defense estadounidense. También

fue elegida concejala durante un período de 4 años (1975-1979) en el departamento 2 de Wood Dale, Illinois.

En 1980 King fue contratada como profesora en la Facultad de Enfermería de la University of South Florida en Tampa (Houser y Player, 2007). En 1981 publicó su segundo libro, *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process.* Además de estas dos primeras obras, fue autora de un gran número de capítulos de libros y artículos en revistas profesionales, y en 1986 publicó su tercera obra, *Curriculum and Instruction in Nursing: Concepts and Process.* King se jubiló en 1990 y fue nombrada profesora emérita de la University of South Florida.

King siguió realizando servicios comunitarios y ayudó a crear planes de asistencia basados en su sistema y teoría conceptual en distintas organizaciones sanitarias, incluido el Tampa General Hospital (Messmer, 1995). En realidad, King nunca se llegó a jubilar y siempre estuvo disponible para los alumnos, profesores universitarios y compañeros que usaban su teoría e incluso iba «continuamente» a impartir su teoría en el Tampa General Hospital. También actuó como enfermera asesora y conferenciante invitada en la University of Tampa.

King fue durante mucho tiempo miembro de la American Nurses Association (ANA), primero en el seno de la Missouri Nurses Association, y también se mantuvo activa en Illinois y Ohio. Cuando se trasladó a Tampa, Florida, se hizo miembro de la Florida Nurses' Association (FNA) y de la FNA District 4, Tampa. King ocupó cargos, como presidenta de la Florida Nurses Foundation, asesora de la FNA y FNA District 4 y también fue delegada de la FNA ante el cuerpo legislativo de la ANA. En 1997 se le otorgó la medalla de oro del gobernador Chiles por los avances que había logrado en la profesión enfermera en el estado de Florida. Fue incorporada al Hall of Fame de la FNA y de la ANA en 2004. En 1994, King se incorporó como miembro titular de la American Academy of Nursing (AAN) y tomó parte activa en el panel de expertos teóricos de la AAN. En 2005 se la consideró una leyenda viva. En 1996 King recibió el Premio Jessie M. Scott y tuvo la gran emoción de contar con la presencia de la propia Jessie Scott. King estaba en el comité de delegados de la ANA cuando el presidente Bill Clinton las felicitó por el centenario de la asociación, y mostró

la admiración que sentía por su madre, que había sido enfermera de anestesia.

En 2000, King fue una conferenciante clave en la 37 Annual Isabel Maitland Stewart Conference in Research in Nursing at Teachers College, Columbia University (Messmer y Fawcett, 2008) y mostró su felicidad por la presencia de Mildred Montg. En 1999, King fue incluida en el Hall of Fame del Teachers College de la Columbia University. El grupo King International Nursing Group (KING) fue creado para facilitar la difusión y el uso del sistema conceptual de King, la teoría de logro de objetivos y otras teorías relacionadas. King consultaba sobre su teoría a los distintos miembros de la organización de forma individualizada.

King fue uno de los miembros originales del Sigma Theta Tau International (STTI) Virginia Henderson y recibió el Premio STTI Elizabeth Russell Belford Founders a la excelencia educativa en 1989 (Messmer, 2007). King fue una conferenciante clave en las dos conferencias teóricas de la STTI de 1992 y presentó las aplicaciones de su teoría en múltiples conferencias regionales, nacionales e internacionales de la STTI. King se comunicaba de forma habitual con los alumnos que estaban aprendiendo sus teorías dentro de su sistema conceptual.

King (1971, 1981) fue reconocida como una de las primeras teóricas de la enfermería por sus publicaciones, traducidas al japonés, el español y el alemán. Fue autora de numerosos artículos y formó parte del comité editorial de *Nursing Science Quarterly.* También fue autora de varios capítulos en libros, como *Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing* (1995), de Frey y Sieloff, y *Middle Range Theories for Nursing Practice Using King's Conceptual System* (2007), de los mismos autores, en los que revisaba los estudios sobre ella realizados por otros autores.

Fuentes teóricas

King describió de la siguiente forma el objetivo de su primer libro:

«Proponer un marco conceptual de referencia para la enfermería… con intención de que lo usen de forma específica los estudiantes y

los profesores, pero también los investigadores y profesionales, para poder identificar y analizar los acontecimientos que suceden en distintas situaciones específicas en enfermería. El sistema conceptual sugiere que las características esenciales de la enfermería son las propiedades que han persistido a pesar de los cambios ambientales.»

(1971, pág. ix)

«Es una forma de pensar sobre el mundo real de la enfermería… un abordaje para la selección de los conceptos que se perciben como fundamentales para la práctica profesional de la enfermería; [y] muestra un proceso para el desarrollo de conceptos que simbolizan las experiencias con el entorno físico, psicológico y social de la enfermería.»

(1971, pág. 125)

Los conceptos de King (1981) se presentan en el cuadro «Principales conceptos y definiciones».

Uso de datos empíricos

King (1971) hablaba de los conceptos como «ideas abstractas que dan sentido a nuestras percepciones sensitivas, permiten las generalizaciones y tienden a almacenarse en la memoria para poder ser recuperados y usados posteriormente en situaciones nuevas y distintas» (págs. 11-12). King (1984) definió la teoría como «un conjunto de conceptos que, cuando están definidos, se interrelacionan y son observables en el mundo de la enfermería práctica» (pág. 11). La teoría sirve para construir «el conocimiento científico en enfermería» (King, 1995b, pág. 24).

Principales conceptos y definiciones

«Los conceptos dotan de sentido a nuestras percepciones sensitivas y permiten las generalizaciones sobre las personas, los objetos y las cosas» (King, 1995a, pág. 16). A continuación se recogen un

número limitado de definiciones basadas en los marcos de sistemas, aunque pueden encontrarse definiciones adicionales en el libro publicado por King en 1981, *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process.*

Salud

«La salud se define como experiencias vitales dinámicas de un ser humano, que implican un ajuste continuo a factores de estrés del entorno interno y externo mediante el uso óptimo de los recursos propios para conseguir la máxima potencialidad para la vida diaria» (King, 1981, pág. 5).

Enfermería

«La enfermería se define como el proceso de acción, reacción e interacción, en el cual la enfermera y el cliente comparten la información sobre sus percepciones en las situaciones de enfermería» (King, 1981, pág. 2).

Yo

«El yo es una mezcla de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia que cada persona tiene de su existencia individual, su concepción de quién y qué es. El yo de una persona es la suma total de todo lo que esa persona llama suyo. El yo incluye, entre otros aspectos, un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos. El yo es un entorno subjetivo completo de la persona. Se trata de un centro de experiencia y significado definido. El yo representa el mundo interior de una persona frente al mundo exterior, que comprende las demás personas y cosas. El yo del individuo se llama también individuo. A este nos referimos al emplear la palabra "yo"» (Jersild, 1952, pág. 10).

King (1975b) identificaba dos métodos para el desarrollo de una teoría: 1) es posible desarrollar una teoría y luego demostrarla mediante estudios de investigación, y 2) la investigación aporta datos que permiten el desarrollo de la teoría. King (1978) consideraba que la generación de conocimiento en una profesión compleja, como la enfermería, necesitaba estas dos estrategias.

King citó estudios de investigación en su libro *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process,* publicado en 1981. Dentro del

sistema personal, King valoró estudios relacionados con la percepción de Allport (1955), Kelley y Hammond (1964), Ittleson y Cantril (1954), y otros autores. Para definir *espacio,* King citó estudios de Sommer (1969), Ardrey (1966) y Minckley (1968). Para hablar de tiempo, reconoció el trabajo de Orme (1969).

Dentro del sistema interpersonal, King citaba los estudios de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), y Krieger (1975). También valoró estudios sobre interacción de Whiting (1955), Orlando (1961), y Diers y Schmidt (1977). King destacó la teoría del conocimiento de Dewey y Bentley (1949), que aborda conceptos como la autoacción, la interacción y la transacción en *Knowing and the Known,* y también citó los trabajos sobre las transacciones de Kuhn (1975).

Al comentar los estudios de investigación de aquella época, y sobre todo las investigaciones operativas sobre el cuidado de los pacientes, King (1975a) destacaba que «la mayor parte de los estudios se han centrado en los aspectos técnicos del cuidado del paciente y los sistemas de salud, más que en valorar los aspectos del paciente de forma directa… Pocos problemas se han planteado a partir de las necesidades derivadas del trastorno del paciente o de lo que el paciente desea» (pág. 9). King (1981) observó que «se han descrito varias formulaciones teóricas sobre las relaciones interpersonales y los procesos de enfermería en las situaciones de enfermería» (págs. 151-152), y citaba a Peplau (1952), Orlando (1961), Paterson y Zderad (1976), y Yura y Walsh (1978) como demostración del proceso de transacción en su teoría de logro de los objetivos.

Desarrollo del sistema conceptual

Durante la preparación de su libro *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior* en 1971, King planteó las siguientes cuestiones:

- ¿Cuál es el objetivo de la enfermería?
- ¿Cuáles son las funciones de las enfermeras?
- ¿Cómo pueden las enfermeras seguir aumentando sus conocimientos para poder realizar una asistencia de calidad? (págs. 30, 39).

La figura 15.1 ilustra el sistema conceptual que aporta «un abordaje para el estudio de sistemas como un conjunto en lugar de como partes aisladas de un sistema» (King, 1995a, pág. 18) y fue «diseñado para explicar los todos organizados dentro de los cuales se espera que las enfermeras ejerzan su función» (1995b, pág. 23).

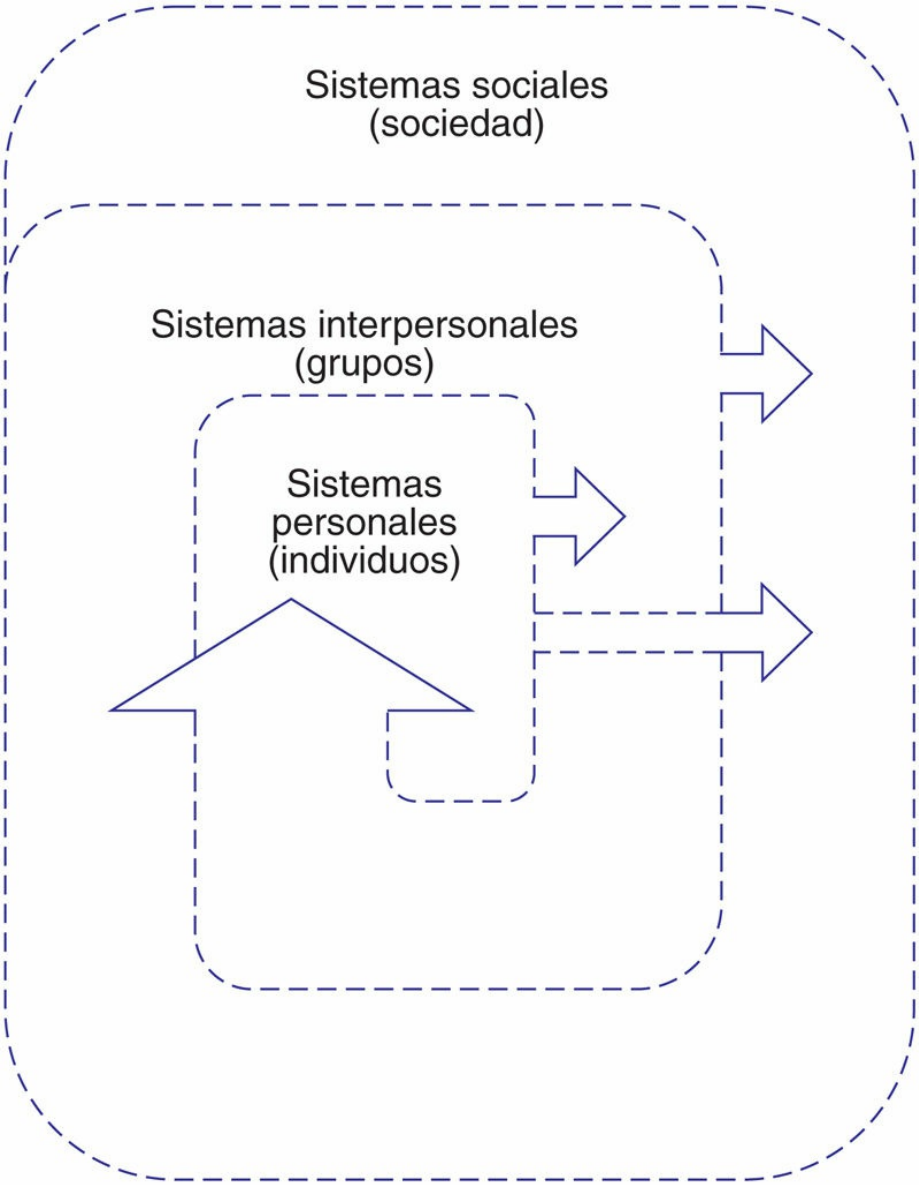


FIGURA 15.1 Sistemas conceptuales dinámicos.

(Tomado de King, I. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process* [p. 11]. New York: Delmar. Utilizado con autorización de I. King.)

King (1981) empleó un abordaje por sistemas para el desarrollo de sus sistemas conceptuales y su teoría de nivel medio sobre el logro de objetivos. King destacó que «algunos científicos que han

estado analizando los sistemas han observado que la única forma de estudiar la interacción entre los seres humanos y su entorno es diseñar un marco conceptual de variables interdependientes y conceptos interrelacionados» (King, 1981, pág. 10). King (1995a) consideraba que su «marco es distinto de otros esquemas conceptuales, porque no trata de fragmentar a los seres humanos y el entorno, sino de analizar las transacciones humanas en distintos tipos de entorno» (pág. 21).

«La conciencia de la compleja dinámica de la conducta humana en las situaciones de enfermería llevó [a King] a formular un marco conceptual que representaba los sistemas personales, interpersonales y sociales como dominios de la enfermería» (King, 1981, pág. 130). Cada sistema identifica a los seres humanos como el elemento básico del sistema, de forma que «la unidad del análisis dentro de este marco era la conducta humana en una serie de entornos sociales distintos» (King, 1995a, pág. 18). King diseñó un ejemplo de sistema personal como paciente o como enfermera, y especificó los conceptos de imagen corporal, crecimiento y desarrollo, percepción, yo, espacio y tiempo para comprender a los seres humanos en cuanto personas.

Los sistemas interpersonales se forman cuando dos o más individuos interactúan, formando díadas (dos personas) o tríadas (tres). La díada enfermera-paciente es un tipo de sistema interpersonal. Las familias, cuando actúan como grupos pequeños, pueden considerarse sistemas interpersonales. Para comprender el sistema interpersonal es preciso recordar los conceptos de comunicación, interacción, rol, estrés y transacción.

Un sistema de interacción más exhaustivo son los grupos que constituyen la sociedad y que se denominan **sistema social.** Los sistemas religiosos, educativos y de salud son ejemplos de sistemas sociales. La influencia de una familia ampliada sobre el desarrollo y el crecimiento de un individuo es otro ejemplo de sistema social. Dentro de un sistema social, los conceptos de autoridad, toma de decisiones, organización, poder y estado orientan la comprensión del mismo. Por tanto, los conceptos dentro de un marco son dimensiones organizativas que permiten obtener un conocimiento para comprender las interacciones entre los tres sistemas (King, 1995a).

Teoría de nivel medio del logro de objetivos de King

En 1981, King desarrolló su teoría de nivel medio sobre el logro de objetivos a partir de su sistema conceptual. La pregunta que llevó a King a desarrollar su teoría fue: «¿Cuál es la naturaleza de la enfermería?» (King, 1995b, pág. 25). Observó que la respuesta era: «La forma en la que las enfermeras actúan como parte de su función con y por los individuos y que distingue a la enfermería de otras profesiones sanitarias» (King, 1995b, pág. 26). Esta idea orientó el desarrollo de la teoría de logro de objetivos a través del siguiente proceso de desarrollo teórico:

- ¿Cuáles son las premisas filosóficas?
- ¿Están los conceptos claramente identificados y definidos?
- ¿Se mencionan los conceptos en las afirmaciones o modelos propuestos?
- ¿Genera esta teoría preguntas que necesitan respuestas o hipótesis que deban ser investigadas para generar conocimientos y afirmar la teoría?

«El proceso humano de interacciones formaba la base para el diseño de un modelo de transacciones que recogía los conocimientos teóricos empleados por las enfermeras para ayudar a los individuos y grupos a conseguir sus objetivos» (King, 1995b, pág. 27) (fig. 15.2).

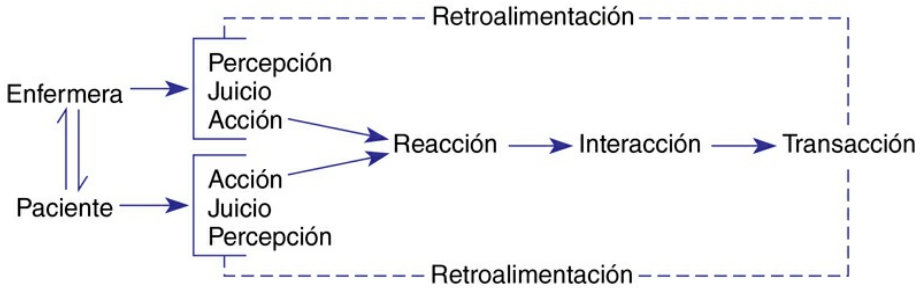


FIGURA 15.2 Proceso de interacciones humanas que permite transacciones: modelo de transacción. (Tomado de King, I. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process* [p. 61]. New York: Delmar. Utilizado con autorización.)

King afirmó lo siguiente:

«El establecimiento mutuo de objetivos [entre la enfermera y el cliente] se basa en: a) la evaluación por parte de la primera de las preocupaciones, los problemas y las alteraciones de la salud del cliente; b) las percepciones de la enfermera y el cliente de la interferencia, y c) el acto de compartir la información de forma que todo contribuya a ayudar al cliente a obtener los logros identificados. Además, las enfermeras interactúan con los miembros de la familia cuando los clientes no pueden participar verbalmente en el establecimiento de objetivos.»

(1995b, pág. 28)

Para demostrar su teoría, King (1981) realizó investigaciones, identificando que sus estudios se diferenciaban de otros previos en que «describía el proceso de interacción enfermera-paciente que permite conseguir los logros» (pág. 153) y determina si las enfermeras realizan transacciones. King utilizó un método de observación no participativa para recoger la información sobre las interacciones enfermera-paciente en una unidad de asistencia de un hospital, cuyos enfermeras y pacientes se ofrecieron voluntarios a participar en el estudio. King formó a los estudiantes de grado en una técnica de observación no participativa para recoger los datos. Analizó múltiples interacciones y registró los datos de comportamiento verbal y no verbal. King además evaluó su medida de referencia de criterios de la herramienta de logro de objetivos, una medida de las capacidades funcionales y obtención de objetivos del proyecto de medida de resultados en Enfermería de la University of Maryland. Publicó que este instrumento tiene un índice de validez de contenido de 0,88 y una fiabilidad de 0,99 para la valoración de las capacidades funcionales de los pacientes en la toma de decisiones sobre la determinación de objetivos y para que los pacientes midan el grado de logro de los mismos (King, 1988, 2003).

Principales premisas

La filosofía personal de King sobre los seres humanos y la vida condicionó sus asunciones sobre el entorno, la salud, la enfermería, los individuos y las interacciones enfermera-paciente. El sistema conceptual y la teoría de logro de objetivos de King se basaron en «la asunción global de que el centro de interés de la enfermería es la interacción entre los seres humanos y su entorno, lo que determina el estado de salud de los individuos, que se define como la capacidad de cumplir su papel social» (King, 1981, pág. 143).

Enfermería

«La enfermería es una conducta observable que se encuentra en los sistemas sanitarios de la sociedad» (King, 1971, pág. 125). El objetivo de la enfermería «es ayudar a los individuos a conservar la salud para poder realizar sus funciones» (King, 1981, págs. 3-4). La enfermería es un proceso de acción, reacción, interacción y transacción interpersonal. Las precepciones de la enfermera y el paciente influyen sobre este proceso interpersonal.

Persona

King detalló las asunciones específicas relacionadas con las personas en 1981 y en trabajos posteriores:

- Los individuos son seres espirituales (King, comunicación personal, 11 de julio de 1996).
- Los individuos tienen capacidad de registrar la historia y conservar la cultura mediante el lenguaje y otros símbolos (King, 1986).
- Los individuos son únicos y holísticos, tienen valor intrínseco y son capaces de pensamiento racional y toma de decisiones en la mayor parte de las situaciones (King, 1995b).
- Los individuos tienen diferencias en sus necesidades, deseos y objetivos (King, 1995b).

Salud

La salud es un estado dinámico en el ciclo vital, y la enfermedad

interfiere en este proceso. La salud implica «un ajuste continuo al estrés del entorno interno y externo gracias a la utilización de los recursos propios para conseguir el máximo potencial en la vida diaria» (King, 1981, pág. 5).

Entorno

King (1981) pensaba que «comprender la interacción entre los seres humanos y su entorno para conservar la salud resulta esencial para las enfermeras» (pág. 2). Los sistemas abiertos implican que las interacciones entre el sistema y el entorno del mismo son constantes. Además, «los ajustes a la vida y la salud vienen condicionados por la interacción del individuo con su entorno… Cada ser humano percibe el mundo como una persona total a la hora de hacer transacciones con los individuos y otros elementos del entorno» (King, 1981, pág. 141).

Fundamentos teóricos

La teoría de logro de objetivos de King (1981) se centra en el sistema interpersonal y las interacciones que ocurren entre los individuos, de forma específica en la relación enfermera-paciente. Dentro del proceso de enfermería, cada miembro de la díada percibe al otro, establece juicios y asume acciones. Estas actividades en conjunto culminan en una reacción. Se producen interacciones y, cuando existe congruencia en la percepción y se eliminan las alteraciones, se generarán transacciones. El sistema está abierto para permitir la retroalimentación, dado que cada fase de la actividad puede influir sobre la percepción.

King (1981) desarrolló ocho propuestas dentro de su teoría de logro de objetivos que describen las relaciones entre los conceptos que se enumeran en el cuadro 15.1. Después de cada propuesta se incluye un diagrama. Cuando se analizaron las propuestas, 23 relaciones no estaban especificadas, 22 eran positivas y ninguna de ellas era negativa (Austin y Champion, 1983) (fig. 15.3). King (1981, pág. 156) obtuvo siete hipótesis a partir de la teoría del logro de objetivos que se recogen en el cuadro 15.2.

Cuadro 15.1 Propuestas recogidas en la teoría del logro de objetivos de King

1. Si existe congruencia perceptiva (CP) en las interacciones enfermera-cliente (I), se producirán transacciones (T).

$$CP(I) \xrightarrow{+} T$$

2. Si la enfermera y el cliente hacen transacciones (T), se conseguirán los objetivos (OC).

$$T \xrightarrow{+} OC$$

3. Si se consiguen objetivos (OC), habrá satisfacción (S).

$$OC \xrightarrow{+} S$$

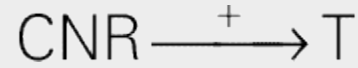
4. Si se consiguen los objetivos (OC), se logrará un cuidado de enfermería eficaz (CE_e).

$$OC \xrightarrow{+} CE_e$$

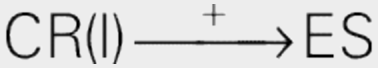
5. Si se hacen transacciones (T) en el seno de interacciones enfermera-cliente (I), se fomentarán el crecimiento y el desarrollo (CD).

$$(I)T \xrightarrow{+} CD$$

6. Si la enfermera y el cliente perciben las expectativas y el desarrollo del rol como congruentes (CNR), se producirán transacciones (T).

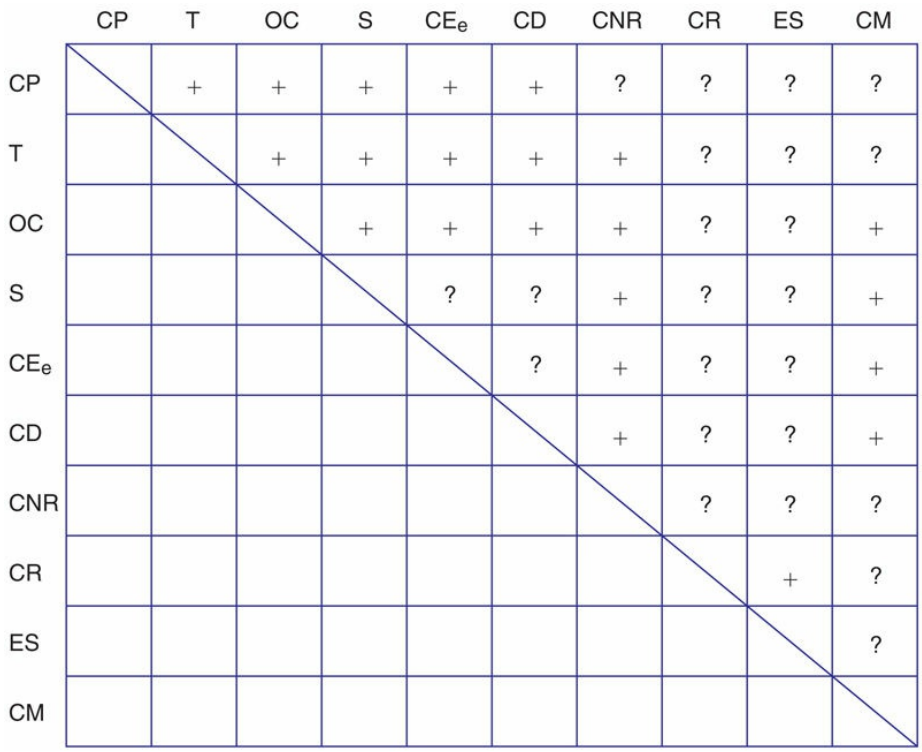


7. Si la enfermera, el cliente o ambos perciben un conflicto de roles (CR), aparecerá estrés (ES) en las interacciones entre ambos (I).



8. Si las enfermeras con conocimientos y habilidades especiales comunican (CM) la información apropiada a los clientes, se podrán establecer los objetivos de forma mutua (T) y conseguirlos (OC). (La determinación de objetivos mutuos es un paso en una transacción, y por eso se representa como transacción.)

Tomado de Austin, J. K., & Champion, V. L. (1983). King's theory of nursing: Explication and evaluation. In P. L. Chinn (Ed.), *Advances in nursing theory development* (p. 55). Rockville, MD: Aspen.



	CP	T	OC	S	CE_e	CD	CNR	CR	ES	CM
CP		+	+	+	+	+	?	?	?	?
T			+	+	+	+	+	?	?	?
OC				+	+	+	+	?	?	+
S					?	?	+	?	?	+
CE_e						?	+	?	?	+
CD							+	?	?	+
CNR								?	?	?
CR									+	?
ES										?
CM										

FIGURA 15.3 Tabla de relación. *CD,* crecimiento y desarrollo; *CE_e*, cuidado de enfermería eficaz; *CM,* comunicar; *CNR,* congruencia de roles; *CP,* congruencia perceptiva; *CR,* conflicto de roles; *ES,* estrés; *OC,* objetivos conseguidos; *S,* satisfacciones; *T,* transacciones. (Tomado de Austin, J. K., & Champion, V. L. [1983]. King's theory for nursing: Explication and evaluation. En P. L. Chinn [Ed.], *Advances in theory development* [p. 58]. Rockville, MD: Aspen.)

Cuadro 15.2 Hipótesis de la teoría del logro de objetivos

1. La exactitud en la percepción de las interacciones enfermera-paciente aumenta cuando se establecen objetivos de forma mutua.
2. La comunicación aumenta el establecimiento conjunto de objetivos entre enfermeras y pacientes, y consigue la satisfacción.
3. La satisfacción de enfermeras y pacientes aumenta el logro de objetivos.
4. El logro de objetivos reduce el estrés y la ansiedad en las situaciones de enfermería.

5. El logro de objetivos aumenta el aprendizaje del paciente y la capacidad de afrontamiento en las situaciones de enfermería.
6. El conflicto de roles que experimentan los pacientes, las enfermeras o ambos reduce las transacciones en las interacciones enfermera-paciente.
7. La congruencia en las expectativas de rol y en el rendimiento del mismo aumenta las transacciones en las interacciones enfermera-paciente.

Tomado de King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: Wiley.

Planteamiento lógico

En su artículo de 1968, King establece el primer marco conceptual de referencia con cuatro conceptos que se centran en los seres humanos:

1. Salud.
2. Relaciones interpersonales.
3. Percepciones.
4. Sistemas sociales.

Aunque el marco original de King era abstracto y solo se encargaba de «unos pocos elementos de situaciones concretas» (King, 1981, pág. 128), ella mantenía que sus cuatro «ideas universales (sistemas sociales, salud, percepción y relaciones interpersonales) eran relevantes para todas las situaciones en enfermería» (King, 1981, pág. 128). King (1981) comenzó a desarrollar más su sistema conceptual y propuso la teoría de nivel medio de logro de objetivos orientada a describir «la naturaleza de las interacciones enfermera-cliente, que permite conseguir los objetivos» (pág. 142) del siguiente modo:

«Las enfermeras interactúan de forma intencionada con los clientes para establecer de forma mutua objetivos y también para explorar y acordar los medios de conseguirlos. El establecimiento mutuo de

objetivos se basa en la evaluación por parte de las enfermeras de las preocupaciones, los problemas y las alteraciones en la salud de los clientes, en su percepción de los problemas y en la información compartida para poder obtener los logros.»

(1981, págs. 142-143)

Entre 1971 y 1981 se produjo una progresión lógica del desarrollo de este sistema conceptual, y en este período King dedujo su teoría de nivel medio sobre el logro de objetivos a partir de su sistema conceptual. La teoría de logro de objetivos «organiza los elementos del proceso de interacciones enfermera-cliente que permite obtener resultados, o, dicho de otro modo, lograr los objetivos» (King, 1981, pág. 143).

Inicialmente King había afirmado lo siguiente:

«Si las enfermeras tienen que asumir los roles y las responsabilidades que se esperan de ellas… el descubrimiento de los conocimientos debe comunicarse de forma que lo puedan emplear en la práctica… Los datos descriptivos recogidos de forma sistemática aportan pistas para la generación de hipótesis en la investigación sobre el comportamiento humano en las situaciones de enfermería.»

(1971, pág. 128)

En 1981 King habló sobre las escasas dicotomías entre salud y enfermedad, aludiendo a la enfermedad como la interferencia en el ciclo vital. Mediante esta reformulación, King obtuvo una relación más abierta del sistema entre la persona y el entorno. King también revisó su terminología y usó **ajuste** en lugar de *adaptación,* y **persona, ser humano** e **individuo** en lugar de *hombre.*

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La primera publicación de King (1971) fue desarrollada dentro del

currículo de Enfermería y aplicada de forma práctica en la Ohio State University, entre otras. Los profesionales de la mayor parte de las especialidades enfermeras han usado los conceptos de la teoría de logro de objetivos de King (1981) en su práctica habitual. Es evidente la relación con la práctica, dado que las enfermeras trabajan principalmente mediante interacciones con individuos y grupos de su entorno. King (1984) propuso que «las enfermeras con conocimientos sobre los conceptos de la teoría del logro de objetivos pueden percibir lo que les sucede a los pacientes y a sus familiares, y son capaces de sugerir abordajes para afrontar sus situaciones» (pág. 12).

King desarrolló un sistema de documentación, el registro de enfermería orientado por objetivos (GONR, *goal-oriented nursing record*), para su teoría de nivel medio del logro de objetivos y poder medir con ella objetivos y resultados. El GONR fue un método de recoger datos, identificar problemas, y aplicar y evaluar la asistencia que ha tenido eficacia en el entorno práctico con pacientes. Las enfermeras pueden aplicar el abordaje GONR para demostrar la eficacia de la asistencia enfermera. «Los principales elementos de este sistema de registro son: a) base de datos; b) diagnósticos de enfermería; c) lista de objetivos; d) órdenes de enfermería; e) diagramas de flujo; f) notas evolutivas, y g) resumen de alta» (King, 1995b, págs. 30-31).

Los profesionales sanitarios han aplicado el sistema conceptual de King (1981) y su teoría de nivel medio del logro de objetivos en diversas situaciones prácticas a nivel nacional e internacional (King, 2006, 2007). En esta sección se describen algunos de estos ajustes y se alude a otros adicionales. Batson y Yoder (2012) utilizaron los marcos del sistema conceptual y la teoría del logro de objetivos para realizar un análisis conceptual sobre la orientación directiva dentro de las organizaciones sanitarias para determinar qué habilidades y atributos eran precisos para conseguir establecer relaciones de orientación directiva con las enfermeras de plantilla. El trabajo de King fue una lente útil para que las enfermeras valoraran el estado funcional de los clientes (Caceres, 2015). Ketcham (2013) y Sullivan (2013) aplicaron el trabajo de King a la enfermería de urgencias. Chaves, Araujo y Lopes (2007) aclararon el uso del sistema social en Brasil. Abraham (2009) exploró los programas docentes en salud

ambiental. D'Souza, Somayaji y Subrahmanya Nairy (2011) exploraron los «determinantes de la salud reproductora y la calidad de vida relacionada en mujeres indias de comunidades mineras» (pág. 1963).

Khowaja (2006) describió la utilización del sistema conceptual de King y la teoría de logro de objetivos para el desarrollo de una vía clínica. Lane-Tillerson et al. (2007) resaltaron que «la idea de avance continuo es clave dentro del marco conceptual de Imogene King» (1981) (pág. 141), imaginando la práctica de la enfermería en 2050. Killeen y King (2007) aportaron más pruebas y analizaron el uso del sistema conceptual de King con la informática en enfermería y los sistemas de clasificación de enfermería para la comunicación global. Clarke et al. (2009) describieron la repercusión de King sobre la ciencia de la enfermería. Bond et al. (2011) analizaron el uso de la teoría de logro de objetivos de King en 5 años de publicaciones. Messmer y Cooper (2011) describieron la aplicación de la teoría de logro de objetivos de King para la comprensión de la prevención de las caídas pediátricas y el programa de riesgo de lesiones por caída.

Formación

Las facultades de Enfermería de diversas universidades emplearon los conceptos de King para diseñar los currículos en esta materia, como King y Daubenmire (1973) en la Ohio State University; Gold, Haas y King (2000) en la Loyola University de Chicago, y Gulitz y King (1988) en la University of South Florida. En 1980, Brown y Lee publicaron que los conceptos de King resultaban útiles para desarrollar un marco «útil en la formación y la práctica de la enfermería y también para generar hipótesis para la investigación… Representa un medio sistemático de plantearse la profesión enfermera, organizar el corpus de conocimientos de la misma y explicar la función de la enfermería como disciplina» (pág. 468). Otros estudios han empleado el sistema conceptual de King para mejorar las estrategias formativas (Ward, 2010). El sistema conceptual y la teoría de King tienen aplicaciones clínicas a nivel internacional, según describieron Rooke (1995b) en un entorno formativo sueco, Bello (2000) en las investigaciones con alumnos de pregrado portugueses, Costa et al. (2007) en relación con el modelo

de asistencia de familias en riesgo, y Bist y Tomar (2015) en su análisis de la «eficacia de las recomendaciones de autoformación sobre el tráfico de niños en… escuelas rurales seleccionadas de Bisrakh, Greater Noida» (pág. 34).

Investigación

Muchos investigadores han utilizado el trabajo de King como base teórica, como se describe aquí y se enumera en las referencias. Langford (2008) incorporó el concepto de transacciones en las investigaciones sobre «enfermeras y adelgazamiento de adolescentes obesos». Bezerra et al. (2010) usaron los conceptos personal e interpersonal para la investigación sobre pacientes hipertensos. Joseph, Laughon y Bogue (2011) utilizaron la fenomenología interpretativa con un protocolo de entrevista para valorar la adopción y el movimiento hacia la cultura del cuidado de toda la persona (WPC, *whole-person care*). De Leon-Demare et al. (2015) emplearon la teoría de logro de objetivos de King para describir las interacciones entre los enfermos y los pacientes en asistencia primaria.

Otros han usado el sistema conceptual de King (1981) para la investigación cuantitativa o cualitativa:

- Khowaja (2006) usó el sistema y la teoría conceptual de King sobre el logro de objetivos para desarrollar una vía clínica.
- Greeff et al. (2009) exploraron «la administración de servicios sanitarios en la comunidad por los estudiantes a través de la experiencia de las partes implicadas» (pág. 33).
- George, Roach y Andrade (2011) analizaron la imagen que los consumidores, los cirujanos y las propias enfermeras tienen de las enfermeras.
- Draaistra et al. (2012) exploraron de forma cualitativa «las percepciones de los pacientes en su papel dentro de la determinación de objetivos en un programa de rehabilitación de lesionados medulares regional» (pág. 22).
- Shanta y Connolly (2013) vincularon la inteligencia emocional y la práctica de la enfermería usando el modelo de sistemas conceptuales de King.

Los investigadores han desarrollado muchas teorías de nivel medio usando el sistema conceptual de King (King, 1978; Sieloff y Frey, 2007). Estas teorías incluyen la teoría sobre la familia, los niños y las enfermedades crónicas de Frey (1995); la teoría de la satisfacción de los pacientes con la asistencia profesional de enfermería de Killeen (2007); la teoría del trabajo en equipo/empoderamiento del grupo en el seno de las organizaciones de Sieloff (2010; Sieloff y Bularzik, 2011; Sieloff y Dunn, 2008); la teoría de Wick sobre la salud familiar (Wicks, Rice y Talley, 2007); la teoría sobre la salud familiar de Doornbos (2007), y el modelo de toma de decisiones mediante voluntades anticipadas de Goodwin, Kiehl y Peterson (2002). Fairfax (2007) diseñó una teoría sobre la calidad de vida de los supervivientes a un accidente cerebral vascular. Nwinee (2011) utilizó el trabajo de King para desarrollar el modelo de autocuidados de enfermería socioconductual de Nwinee.

Alligood (2010) analizó ejemplos de las investigaciones sobre la asistencia sanitaria familiar basadas en los trabajos de King. Bond et al. (2011) realizaron un «análisis descriptivo univariable de los artículos de investigación de 5 años» (pág. 404). Caceres (2015) exploró el concepto de estado de salud funcional. Huan y Cao (2012) aplicaron la teoría de obtención de logros de King para la asistencia en China.

Evolución

A lo largo de los años, King demostró de forma constante su idea sobre la necesidad de demostrar mejor la teoría del logro de objetivos. «Cualquier profesión cuya principal misión sea realizar servicios sociales necesita investigaciones continuas para descubrir nuevos conocimientos que se puedan aplicar para mejorar la práctica» (King, 1971, pág. 112).

En 1995, Fawcett y Whall identificaron cinco áreas fundamentales en las que podría resultar útil avanzar más en el trabajo de King. A continuación se resumen algunas investigaciones recientes en este ámbito:

1. El concepto de entorno se beneficiaría de una explicación y

definición adicionales (se está desarrollando este trabajo como consecuencia de la conferencia del KING de 2015).
2. La perspectiva de la salud, la enfermedad y el bienestar de King se beneficiarían también de una explicación y un comentario adicionales (Caceres, 2015).
3. Se deberían seguir estableciendo vínculos entre el sistema conceptual de King (1981) y otras teorías de nivel medio existentes, para asegurar la congruencia entre el sistema conceptual y la teoría de nivel medio específica.
4. Se deberían seguir realizando pruebas empíricas sobre la teoría del logro de objetivos (King, 1981) y otras teorías de nivel medio desarrolladas en el seno del sistema conceptual de King (Fawcett y Whall, 1995) (p. ej., Sieloff y Dunn, 2008; Sieloff y Bularzik, 2011).
5. Las teorías de nivel medio implícitas, más que explícitas, como la de Rooke (1995b), se beneficiarían de convertirse en teorías formales (p. ej., Nwinee, 2011).

En 2007, Sieloff y Frey publicaron el estado de desarrollo de la teoría de nivel medio a partir del sistema conceptual de King. Fawcett (2007) analizó de nuevo el desarrollo de la teoría de nivel medio a partir del sistema conceptual de King y estableció unas recomendaciones. Se identifican estudios recientes en relación con cada una de ellas:

1. Sería posible mejorar todavía más la credibilidad del sistema conceptual de King mediante «metaanálisis u otra revisión integrada de los resultados obtenidos a partir de las pruebas empíricas… sobre las propuestas de la teoría de nivel medio» (Fawcett, 2007, pág. 301).
2. «Es preciso realizar investigaciones metateóricas adicionales para especificar las relaciones entre los conceptos que se incluyen en los sistemas personal, interpersonal y social» (Fawcett, 2007, pág. 301).
3. Se necesita también una demostración empírica continuada de todas las teorías de nivel medio.
4. Se deben desarrollar más instrumentos de investigación para medir los conceptos de la teoría de nivel medio.

Posteriormente será preciso medir la utilidad de los mismos en relación con la práctica (Fawcett, 2007).

Desde la edición previa los estudiantes graduados siguen empleando el sistema conceptual y la teoría de logro de objetivos para sus investigaciones, entre los que están 9 alumnos de máster (Anyaoha, 2013; Chung, 2012; Conerly, 2013; Houston, 2015; Kangkolo, 2012; Laney, 2013; Ongoco, 2012; Scott, 2011; Swain, 2012) y 34 alumnos de doctorado (Ali, 2015; Burks, 2015; Carmack, 2014; Cheng, 2012; D'Alessandro, 2012; Dickman, 2014; Doyle, 2015; Echevarria, 2015; Fleischer, 2015; Fuson, 2012; Grandinetti, 2013; Hand, 2015; Heid, 2014; Herm-Barabasz, 2015; Hutchison, 2013; Johnson, 2013; Ketcham, 2013; Kim, 2013; Krmpotic, 2015; Lauck, 2013; Lazarus, 2013; Miller, 2014; Moore, 2015; Mwangi, 2013; Quarshie, 2014; Sanko, 2015; Sullivan, 2013; Teeter, 2014; Thakral, 2015; Thomas, 2016; Tolson, 2013; Vincent, 2015; Warren, 2014; Wetter, 2014).

Crítica

Claridad

Un punto fundamental del sistema conceptual de King y la teoría del logro de objetivos es la facilidad con la que se comprende por las enfermeras. Los conceptos están definidos e ilustrados de forma concreta.

Sencillez

Las definiciones de King son claras y derivan conceptualmente de la bibliografía de investigación. La teoría de logro de objetivos enunciada por King en 1978 introduce 10 conceptos principales, fáciles de comprender y procedentes de la bibliografía.

Generalidad

La teoría de logro de objetivos de 1981 de King ha recibido críticas por tener una aplicabilidad limitada en los ámbitos de la enfermería en los que los pacientes no pueden interactuar de forma competente

con las enfermeras. King mantuvo un uso amplio de la teoría en la mayor parte de las situaciones de la enfermería. Como soporte de la perspectiva de King, los profesionales sanitarios han publicado ejemplos de la aplicación de la teoría del logro de objetivos a pacientes diabéticos (Maloni, 2007) y quirúrgicos (Bruns et al., 2009; Sivaramalingam, 2008). Wang y Yang (2006) aplicaron la teoría de King a la asistencia de pacientes psicóticos. Kameoka, Funashima y Sugimori (2007) valoraron una de las proposiciones de la teoría y evaluaron «las características de las enfermeras con alto grado de logro de objetivos y satisfacción en las interacciones con los pacientes» (pág. 261). Smithgall (2010) analizó las relaciones entre el estrés materno y la evolución de los pacientes neonatales en habitaciones de ingreso privado frente a las unidades de cuidados intensivos neonatales. D'Alessandro y Malcolm (2012) analizaron el uso de dosis bajas de mediación para tratar las conductas disruptivas de niños con trastornos del espectro autista. En 2015, Houston evaluó el uso de entornos de estimulación multisensorial para reducir los comportamientos negativos en pacientes con demencia.

Accesibilidad

King recogió una serie de datos empíricos sobre las interacciones enfermera-paciente que permitieron el logro de los objetivos. Hizo un estudio descriptivo para definir las características de la transacción y si las enfermeras establecían transacciones con los pacientes. En una muestra de 17 pacientes, se lograron los objetivos en 12 casos (70% de la muestra). King (1981) consideraba que, si se enseñaba a los estudiantes de Enfermería el proceso de transacción dentro de la teoría del logro de objetivos y se empleaba en la práctica, era posible medir los logros obtenidos y demostrar la eficacia de los cuidados de enfermería.

La teoría del logro de objetivos orientó la perspectiva para la actividad de las enfermeras durante el parto de Karlin (2011), basada en la teoría del logro de objetivos. Draaistra et al. (2012) usaron la teoría de King para explorar *las percepciones de los pacientes sobre su papel en la determinación de objetivos dentro de un programa de rehabilitación regional de las lesiones medulares.* La investigación de

Cho (2013) se centró en los efectos que el contrato de salud tiene sobre el pronóstico del enfermo en pacientes sometidos a diálisis renal en Corea.

Importancia

La teoría de nivel medio de logro de objetivos de King (1981) se centraba en todos los aspectos del proceso enfermero: valoración, planificación, determinación de objetivos, aplicación y evaluación. La bibliografía disponible establece con claridad que el trabajo de King es importante para generar conocimientos dentro de la disciplina enfermera.

En EE. UU. y Canadá, entre otros muchos países del mundo, los profesionales sanitarios siguen utilizando el sistema conceptual y la teoría de nivel medio de logro de objetivos de King. Se han publicado trabajos basados en la teoría en Asia (Chugh, 2005; Li, Li y Xu, 2010; Park y Oh, 2012), Australia (Khowaja, 2006), Brasil (Marziale y de Jesus, 2008), China (Huan y Cao, 2012), la India (Abraham, 2009; George, Roach y Andrade, 2011), Japón (Kameoka, Funashima y Sugimori, 2007), Corea (Cho, 2013), Portugal (Chaves y de Araujo, 2006; Costa et al., 2007; Firmino et al., 2010), Eslovenia (Harih y Pajnkihar, 2009), Suecia (Rooke, 1995a, 1995b) y África occidental (Nwinee, 2011). El trabajo de King ha servido para desarrollar el currículo en diversos niveles formativos.

Resumen

Imogene King contribuyó al avance del conocimiento enfermero gracias al desarrollo de su sistema conceptual y la teoría de nivel medio de logro de objetivos. Centrándose en el logro de objetivos o resultados mediante la relación enfermera-paciente, King elaboró un sistema conceptual y una teoría de nivel medio, cuya utilidad para las enfermeras está claramente demostrada. Las enfermeras que trabajan con pacientes de distintas regiones del mundo y en diversos contextos clínicos siguen utilizando el trabajo de King para mejorar la calidad de la asistencia.

Caso clínico

Tras recibir la distribución de camas al comienzo del turno, Colin

Jennings, enfermero, realiza la visita inicial de sus pacientes. Uno de ellos, Amed Kyzeel, ha planteado dificultades durante el turno anterior, demandando la atención del personal todo el tiempo, según le han contado sus compañeros.

El Sr. Jennings visita al Sr. Kyzeel al final de la ronda para disponer de más tiempo para evaluarlo. Cuando entra a la habitación del paciente, el enfermero le pregunta cómo se siente ante su inminente alta. El Sr. Kyzeel se queja de una serie de preocupaciones menores sobre este tema. Aceptando que las percepciones del paciente son únicas y válidas para él, el Sr. Jennings dedica unos minutos a escucharlo.

Como el Sr. Jennings sabe que el Sr. Kyzeel va a recibir el alta hoy, le pregunta lo que sabe acerca del alta y sus objetivos ante ella. El paciente reconoce que tiene miedo a salir del hospital, porque no sabe qué le cabe esperar durante las primeras 24 h en su domicilio. El Sr. Jennings habla con él y le pregunta qué objetivos desearía alcanzar durante su ingreso en el hospital y en el momento de regresar a casa. El Sr. Kyzeel identifica dos o tres objetivos que desearía alcanzar en el hospital y dice que le gustaría que alguien se quedara en su domicilio la primera noche, porque no está seguro de que su mujer sea capaz de cuidarlo como el personal de enfermería del hospital.

El Sr. Jennings y el Sr. Kyzeel identifican los objetivos más importantes de los que han identificado y definen el orden en que el Sr. Kyzeel querría conseguir cumplirlos. Luego, ambos identifican las actividades que el paciente y el personal podrían hacer para conseguir los objetivos. Antes de salir de la habitación, pactan los objetivos, la prioridad de los mismos y las actividades específicas que se deben realizar, y quedan para que la mujer del paciente se implique en la planificación del alta.

Tras haber quedado para poder evaluar brevemente los objetivos logrados, el Sr. Jennings se marcha y el Sr. Kyzeel llama a su mujer para empezar a trabajar sobre las actividades que tiene que realizar.

Actividades de pensamiento crítico

1. Analice una interacción que haya tenido recientemente con

un paciente. ¿Se logró una transacción? Si la respuesta es afirmativa, identifique los motivos del éxito; si es negativa, reflexione sobre la causa y qué podría haber hecho de forma distinta.

2. ¿Fomenta la filosofía de su sistema sanitario su implicación con los pacientes a los que cuida? Si la respuesta es afirmativa, ¿se han establecido objetivos mutuos?
3. Utilice la teoría de logro de objetivos de King para ilustrar cómo y por qué implica de forma activa a los pacientes en su cuidado.
4. Analice la acción, reacción e interacción en el proceso de logro de objetivos en su propia práctica enfermera.
5. Describa el establecimiento de objetivos en la relación entre el personal de enfermería y la dirección de enfermería en la agencia sanitaria en la que usted trabaja.

Referencias para ampliar conocimientos

Publicaciones

- Gunther, M. (2014). King's conceptual system and theory of goal attainment in nursing practice. In M. R. Alligood, *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 160-180). St Louis: Mosby-Elsevier.
- King, I. M. (1996). The theory of goal attainment in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, *9*(2), 61–66.
- King, I. M. (1997). King's theory of goal attainment in practice. *Nursing Science Quarterly*, *70*(4), 180–185.
- King, I. M. (1999). A theory of goal attainment: Philosophical and ethical implications. *Nursing Science Quarterly*, *12*(4), 292–296.

Páginas web

- Imogene King, en http://nursing-theory.org/nursing-theorists/Imogene-King.php.
- Imogene King's Theory of Goal Attainment, en

http://currentnursing.com/nursing_theory/goal_attainment_the

- *King International Nursing Group*, en http://king.clubexpress.com.
- *Nurses.info*, en http://www.nurses.info/nursing_theory_person_king_imogene.
- Reflections on Nursing Leadership, en http://www.reflectionsonnursingleadershipág.org/Pages/Vol34_

Vídeos

- *Imogene King Nursing Theorist: Portraits of Excellence*. Fitne, Inc., Athens, OH.

Bibliografía

Abraham L. Planned teaching programme on environmental health. *Nursing Journal of India*. 2009;100(6):2.

Ali, S. (2015). *Nurses' use of power to standardize nursing terminology in electronic patient records*. (DNP project). ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 10027560).

Alligood MR. Family healthcare with King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(2):99–104.

Allport FH. *Theories of perception and the concept of structure*. New York: Wiley; 1955.

Anyaoha, A.L. (2013). *Surgical time-out: A nursing team training approach*. (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses (Order No. 522616).

Ardrey R. *The territorial imperative*. New York: Atheneum; 1966.

Austin JK, Champion VL. King's theory for nursing: Explication and evaluation. In: Chinn P, ed. *Advances in nursing theory development*. Rockville, MD: Aspen; 1983:49–61.

Batson VD, Yoder LH. Managerial coaching: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(7):1658–1669.

Bello ITR. Imogene King's theory as the foundation for the set of a teaching-learning process with undergraduation [sic] students [Portuguese]. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2000;9(2 Part 2):646–657.

Bezerra STF, Silva LDFD, Guedes MVC, Freitas MCD. Perceptions of people about hypertension and concepts of Imogene King. *Revista*

Gaúcha de Enfermagem. 2010;31(3):499–507.

Bist LS, Tomar N. Effectiveness of self instructional guidelines on child trafficking in terms of knowledge and attitude of students studying in selected rural school of Bisrakh, Greater Noida. *International Journal of Nursing Education*. 2015;7(2):34–37.

Bond AE, Eshah NF, Bani-Khaled M, Hamad AO, Habashneh S, Kataua' H, et al. Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011;25(2):404–409.

Brown ST, Lee BT. Imogene King's conceptual framework: A proposed model for continuing nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. 1980;5(5):467–473.

Burks, K.S. (2015). *Intravenous acetaminophen reduces opioid use for postoperative pain in obese patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3731844).

Caceres BA. King's theory of goal attainment: Exploring functional status. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(2):151–155.

Carmack, J.K. (2014). *Simulation collaboration: Will screen capture change attitudes?* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3642202).

Chaves ES, Araujo TL, Lopes MVO. Clarity in the use of the social systems from the theory of goal attainment [Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(4):698–704.

Cheng, L.S. W. (2012). *The effects of mutual goal setting on the outcomes of care of the patients in the community.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3569041).

Cho M. Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. *Nursing & Health Sciences*. 2013;15(1):86–93.

Chung, S.M. (2012). *An overview of collaborative work: The student experience.* (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 1541862).

Clarke P, Killeen M, Messmer P, Sieloff C. Imogene M. King's scholars reflect on her wisdom and influence on nursing science. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22(2):128–133.

Clements IW, Roberts FB. *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley; 1983.

Conerly, T. (2013). *Guidelines for conducting peer support groups of HIV patients in southwest Mississippi.* (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. EP69089).

Costa M, Santos M, Martinho N, Barroso M, Vieira N. Family at-risk

situation: Model of care emphasizing health education [Portuguese]. *Revista Gaucha De Enfermagem*. 2007;28(1):45–51.

D'Alessandro, T., Malcolm, M. (2012). *Low-dose Abilify and the treatment of disruptive behaviors in children with autism spectrum disorders*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3569569).

Dewey J, Bentley A. *Knowing and the known*. Boston: Beacon Press; 1949.

Dickman, J. (2014). *A quality improvement project using technology to improve caregiver com-munication.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3617688).

Diers D, Schmidt R. Interaction analysis in nursing research. In: Verhonick P, ed. *Nursing research II*. Boston: Little, Brown; 1977:77–132.

Doornbos MM. King's conceptual system and family health theory in the families of adults with persistent mental illness—An evolving conceptualization. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:31–49.

Doyle, M.L. (2015). *Personality traits found in a sample of nurse CEOs and CNOs utilizing the NEO five-factor inventory 3*. Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3664652).

Draaistra H, Singh MO, Ireland S, Harper T. Patients' perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 2012;34(3):22–30.

D'Souza MS, Somayaji G, Subrahmanya Nairy K. Determinants of reproductive health and related quality of life among Indian women in mining communities. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(9):1963–1975.

Echevarria, I.M. (2015). *The relationships among education, leadership experience, emotional intelligence, and transformational leadership of nurse managers*. Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3739273).

Fairfax J. Development of a middle range theory of quality of life of stroke survivors derived from King's conceptual system. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:124–137.

Fawcett J. Development of middle range theories based on King's conceptual system: A commentary on progress and future directions. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:297–307.

Fawcett JM, Whall AL. State of the science and future directions. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:327–334.

Fleischer, E. (2015). *Quality improvement to increase nurse knowledge on nursing informatics project management standards*. Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3706088).

Frey MA. Toward a theory of families, children, and chronic illness. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:109–125.

Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's framework and theory for nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.

Fuson, J.K. (2012). *The use of music to reduce test anxiety in nursing students.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 1520139).

George A, Roach EJ, Andrade M. Nursing education: Opportunities and challenges. *Nursing Journal of India*. 2011;102(6):136–139.

Gold C, Haas S, King I. Conceptual frameworks: Putting the nursing focus into core curricula. *Nurse Educator*. 2000;25(2):95–98.

Goodwin Z, Kiehl EM, Peterson JZ. King's theory as foundation for an advance directive decision-making model. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(3):237–241.

Grandinetti, M. (2013). *Motivation to learn, learner independence, intellectual curiosity and self-directed learning readiness of prelicensure sophomore baccalaureate nursing students.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3579581).

Gulitz E, King I. King's general system model: Application to curriculum development. *Nursing Science Quarterly*. 1988;3(2):128–132.

Hand, M.C. (2015). *Job satisfaction and intent to leave of nursing assistants in the hospital setting.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3705602).

Harih M, Pajnkihar M. Application of Imogene M. King's nursing model in the treatment of elderly diabetes patients. *Slovenian Nursing Review*. 2009;43(3):201–208.

Heid, C.L. (2014). *Motivation and persistence among BSN1964 students in northeast Ohio: A correlational study.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3691440).

Herm-Barabasz, R. (2015). *Intraprofessional nursing communication and collaboration: APN-RN-patient bedside rounding* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3715072).

Houser BP, Player KN, Imogene M. King. *Pivotal moments in nursing*, Vol. 2. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2007:106–131.

Herm-Barabasz, R. (2015). *Intraprofessional nursing communication and collaboration: APN-RN-patient bedside rounding* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3715072).

Huan Y, Cao M. King's theory of goal attainment and its application to care [Chinese]. *Chinese Nursing Research*. 2012;26(10C):2785–2787.

Hutchison, B.E. (2013). *Critical thinking skill acquisition in accelerated LVN to RN nursing programs: An evaluative case study.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3577938).

Ittleson W, Cantril H. *Perception: A transactional approach*. Garden City, NY: Doubleday; 1954.

Jersild AT. *In search of self*. New York: Teachers College Press; 1952.

Johnson, G.J. (2013). *The nursing process and allegations of malpractice against perinatal registered nurses in Florida.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3577284).

Joseph M, Laughon D, Bogue RJ. An examination of the sustainable adoption of whole-person care (WPC). *Journal of Nursing Management*. 2011;19(8):989–997.

Kameoka T, Funashima N, Sugimori M. If goals are attained, satisfaction will occur in nurse-patient interaction: An empirical test. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:261–272.

Kangkolo, M. (2012). *The relationship of frequent visitation and pressure ulcer development.* (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 1516270).

Kelley KJ, Hammond KR. An approach to the study of clinical inference. *Nursing Research*. 1964;13(4):314–322.

Khowaja D. Utilization of King's interacting systems framework and theory of goal attainment with new multidisciplinary model: Clinical pathway. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006;24(2):44–50.

Killeen MB. Development and initial testing of a theory of patient satisfaction with nursing care. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:138–163.

Killeen MB, King IM. Use of King's conceptual system, nursing informatics, and nursing classification systems for global communication. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2007;18(2):51–57.

Kim, J.A. G. (2013). *The relationship between the perception of nurse caring, and the phase II cardiac rehabilitation patients' depression, anxiety, and adherence.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3562992).

King IM. A conceptual frame of reference for nursing. *Nursing Research*. 1968;17(1):27–31.

King IM. *Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior*. New

York: Wiley; 1971.

King IM. Patient aspects. In: Schumann LJ, Spears RD Jr, Young JP, eds. *Operations research in health care: A critical analysis*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1975.

King IM. A process for developing concepts for nursing through research. In: Verhonick P, ed. *Nursing research*. Boston: Little, Brown; 1975.

King IM. Knowledge development in nursing: A process. In: King IM, Fawcett J, eds. *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 1977:19–25.

King, I. M. (Speaker). (1978). *Speech presented at 2nd Annual Nurse Educators' Conference*. Chicago: Teach 'Em.

King IM. *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: Wiley; 1981.

King IM. Effectiveness of nursing care: Use of a goal oriented nursing record in end stage renal disease. *American Association of Nephrology Nurses and Technicians Journal*. 1984;11(2):11–17: 60.

King IM. *Curriculum and instruction in nursing: Concepts and process*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986.

King IM. Measuring health goal attainment in patients. In: Waltz CF, Strickland OL, eds. *Measurement of nursing outcomes Volume one: Measuring client outcomes*. New York: Springer; 1988:109–127.

King IM. A systems framework for nursing. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:14–22.

King IM. The theory of goal attainment. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:23–32.

King IM. Evidence-based nursing practice. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2000;9(2):4–9.

King IM. Assessment of functional abilities and goal attainment scales: A criterion-reference measure. In: Strickland OL, Dilorio C, eds. *Measurement of nursing outcomes: Client outcomes and quality of care*. 2nd ed. New York: Springer; 2003:3–20.

King IM. A system approach in nursing administration: Structure, process and outcome. *Journal of Nursing Administration*. 2006;30(2):100–104.

King IM. King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(2):109–116.

King I, Daubenmire J. Nursing process models: A systems approach. *Nursing Outlook*. 1973;13(19):50–51.

Krieger D. Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *American Journal of Nursing*. 1975;75(5):784–787.

Krmpotic, J. (2015). *Transitional care: The time is now.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3718713).

Kuhn A. *Unified social science*. Homewood, IL: Dorsey; 1975.

Lane-Tillerson C. Imaging practice in 2050. King's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(2):140–143.

Lane-Tillerson C, Davis BL, Killion CM, Baker S. Evaluating nursing outcomes: A mixed-methods approach. *Journal of National Black Nurses Association*. 2005;16(2):20–26.

Laney, I. (2013). *Registered nurses' perceptions of patient advocacy behaviors in the clinical setting.* (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 1542581).

Langford R. Perceptions of transactions with nurse practitioners and weight loss in obese adolescents. *Southern Online Journal of Nursing Research*. 2008;8(2):1.

Lauck, K.J. (2013). *Patients lived experience of information shared between one's family and service providers.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3589452).

Lazarus, E.M. C. (2013). *College health: Meeting the health care needs of international students.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3605253).

Li H, Li C, Xu C. Review of the development of the concept of holistic nursing. *Zhonghua Yi Shi Za Zhi*. 2010;40(1):33–37.

Marziale M, de Jesus L. Explanative and intervention models in workers' health promotion. *Acta Paulista De Enfermagem*. 2008;21(4):654–659.

Messmer PR. Implementation of theory-based nursing practice. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:294–304.

Messmer PR, Imogene M. King. Bullough VL, Sentz L, eds. *American nursing: A biographical dictionary*, Vol. 3. New York: Springer; 2000:164–166.

Messmer PR. Tribute to the theorists: Imogene M. King over the years. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(3):198.

Messmer, P.R., & Cooper, C. (2011). *Symposium: Pediatric falls based on King's theory of goal attainment*. King's Theory Conference, Bozeman, Montana, April 7-8, 2011.

Messmer PR, Fawcett J. In memoriam: Imogene M. King 1923-2007. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21(2):102–103.

Miller, T. (2014). *A qualitative phenomenological study: Hiring nurses re-*

entering the workforce after chemical dependence. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3583325).

Minckley BB. Space and place in patient care. *American Journal of Nursing*. 1968;68(3):510–516.

Moore, B.W. (2015). *The innovation of simulation laboratories and the novice nurse in the clinical setting.* (DNP project). Retrieved from PsycINFO. (Order No. AAI3665865).

Nwinee J. Nwinee socio-behavioural self-care management nursing model. *West African Journal of Nursing*. 2011;22(1):91–98.

Ongoco, E.K. P. (2012). *Comparison of attitudes and beliefs toward obesity of student nurse practitioners and non-nursing students.* (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 1511377).

Orlando IJ. *The dynamic nurse-patient relationship: Functions, process, principles*. New York: Putnam; 1961.

Orme JE. *Time, experience and behavior*. New York: American Elsevier; 1969.

Paterson J, Zderad L. *Humanistic nursing*. New York: Wiley; 1976.

Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam; 1952.

Quarshie, J.L. (2014). *An inpatient process to improve nurse-physician communication.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3606628).

Rooke L. The concept of space in King's systems framework: Its implications for nursing. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:79–96.

Rooke L. Focusing on King's theory and systems framework in education by using an experiential learning model: A challenge to improve the quality of nursing care. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:278–293.

Sanko, J.S. (2015). *Exploring the cohesion—performance relationship in inter-professional healthcare teams*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3704959).

Scott, F. (2011). *Adolescents' perception of early pregnancy and role expectations.* (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 1513899).

Shanta LL, Connolly M. Using King's interacting systems theory to link emotional intelligence and nursing practice. *Journal of Professional Nursing*. 2013;29(3):174–180.

Sieloff CL. Improving the work environment through the use of research instruments: An example. *Nursing Administration Quarterly*.

2010;34(1):56–60.

Sieloff CL, Bularzik AM. Group power through the lens of the 21st century and beyond: Further validation of the Sieloff-King Assessment of Group Power within Organizations. *Journal of Nursing Management*. 2011;19(8):1020–1027.

Sieloff C, Dunn K. Factor validation of an instrument measuring group power. *Journal of Nursing Measurement*. 2008;16(2):113–124.

Sieloff CL, Frey M. *Middle range theories for nursing practice using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007.

Sommer R. *Personal space*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1969.

Sullivan, T. (2013). *Emergency department nurses' perceptions of the benefits and challenges of hourly rounding.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3557522).

Swain, Z. (2012). *Older adult perceptions on the role of the primary care nurse practitioner.* (Master's thesis). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 1509896).

Teeter, K. (2014). *Relationship between job satisfaction and nurse to patient ratio with nurse burnout.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 1567760).

Thakral, M. (2015). *Pain qualities and their persistence in the elder population.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 10010647).

Thomas, B. (2016). *The use of women to educate men: A Nontraditional strategy for prostate cancer awareness.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 10012946).

Tolson, D. (2013). *Minority graduates' perceptions on national council licensure examination at a historically black college and university.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses. (Order No. 3578031).

Vincent, A. (2015). *The effect of breastfeeding self-efficacy on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3734306).

Wang S, Yang T. Applying King's theory to establish psychotic patients' awareness of illness [Chinese]. *Tzu Chi Nursing Journal*. 2006;5(1):120–130.

Ward D. Infection control in clinical placements: Experiences of nursing and midwifery students. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(7):1533–1542.

Warren, H. (2014). *A proposal comparing a clinician-guided patient information module to standard patient information evaluating treatment expectations of dermal fillers.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations &

Theses. (Order No. 3617761).

Watzlawick P, Beavin JW, Jackson DD. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton; 1967.

Wetter, V. (2014). *A proposal to reduce hostility in nursing.* (DNP project). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses.(Order No. 3646709).

Whiting JF. Q-sort technique for evaluating perceptions of interpersonal relationship. *Nursing Research*. 1955;4(2):71–73.

Wicks MN, Rice MC, Talley CH. Further exploration of family health within the context of chronic obstructive pulmonary disease. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:215–236.

Yura H, Walsh M. *The nursing process*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1978.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Fawcett J, King I, eds. *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 1997.

King IM, Fawcett J. *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 1997.

Artículos de revistas

Daubenmire MJ, King IM. Nursing process models: A systems approach. *Nursing Outlook*. 1973;21(8):512–517.

King IM. Nursing theory—Problems and prospect. *Nursing Science*. 1964;2(5):394–403.

King IM. A conceptual frame of reference for nursing. *Japanese Journal of Nursing Research*. 1970;3:199–204.

King IM. Translating nursing research into practice. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1987;19(1):44–48.

King IM. Health as the goal for nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(3):123–128.

King IM. King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(1):19–26.

King IM. Quality of life and goal attainment. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(1):29–32.

King IM. The Bioethics Focus Group Report. *Florida Nurse*. 1998;46(8):24.

Olsson H, Forsdahl T. Expectations and opportunities of newly employed nurses at the University Hospital, Tromso, Norway. *Social Sciences in Health: International Journal of Research and Practice*. 1996;2(1):14–22.

Quigley P, Janzen SK, King IM, Goucher E. Nurse staffing patient outcomes from one acute care setting within the Department of Veteran's Affairs. *Florida Nurse*. 1999;47(2):34.

Fuentes secundarias

Capítulos de libros

Alligood MR. Theory of goal attainment: Application to adult orthopedic nursing. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:209–222.

Alligood MR. Rethinking empathy in nursing education: Shifting to a developmental view. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:287–296.

Alligood MR, Evans GW, Wilt DL. King's interacting system and empathy. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:66–78.

Benedict M, Frey MA. Theory-based practice in the emergency department. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:317–324.

Coker E, Fridley T, Harris J, Tomarchio D, Chan V, Caron C. Implementing nursing diagnoses within the context of King's conceptual framework. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:161–175.

Doornbos MM. Using King's systems framework to explore family health in the families of the young chronically mentally ill. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:192–205.

duMont P. A theory of asynchronous development: A midlevel theory derived from a synthesis of King and Peplau. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:50–74.

Ehrenberger HE, Alligood MR, Thomas SP, Wallace DC, Licavoli CM. Testing a theory of decision making derived from King's systems framework in women eligible for a cancer clinical trial. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:75–91.

Fawcett J. King's open systems model. *Analysis evaluation of conceptual models of nursing*. 3rd ed. Philadelphia: F.A., Davis; 1995:109–163.

Fawcett JM, Vaillancourt VM, Watson CA. Integration of King's framework into nursing practice. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:176–191.

Frey MA. From conceptual framework to nursing knowledge. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's system framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:3–13.

Frey MA, Ellis DA, Naar-King S. Testing nursing theory with intervention research: The congruency between King's conceptual system and multisystemic therapy. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:273–286.

Frey MA, Norris D. King's systems framework and theory in nursing practice. In: Alligood MR, Marriner Tomey A, eds. *Nursing theory: Utilization & application*. St Louis: Mosby; 1997:71–88.

Froman D. Perceptual congruency between clients and nurses: Testing King's theory of goal attainment. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:223–238.

Hanna KM. Use of King's theory of goal attainment to promote adolescents' health behavior. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:239–250.

Hernandez CA. The theory of integration: Congruency with King's conceptual system. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:105–124.

Hobdell EF. Using King's interacting systems framework for research on parents of children with neural tube defects. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:126–136.

Jolly ML, Winker CK. Theory of goal attainment in the context of organizational structure. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:305–316.

Kameoka T. Analyzing nurse-patient interactions in Japan. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:251–260.

Killeen MB. Development and initial testing of a theory of patient satisfaction with nursing care. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:164–177.

Laben JK, Sneed LD, Seidel SL. Goal attainment in short-term group psychotherapy settings: Clinical implications for practice. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:261–277.

May BA. Relationships among basic empathy, self-awareness, and learning styles of baccalaureate pre-nursing students within King's personal system. *Dissertation Abstracts International*. 2007;61(06b):2991.

Reed JEF. Social support and health of older adults. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:92–104.

Rooke L. The concept of space in King's systems framework: Its

implications for nursing. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:79–96.

Sharts-Hopko NC. Using health, personal, and interpersonal system concepts within the King's systems framework to explore perceived health status during the menopause transition. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:147–160.

Sharts-Hopko NC. A theory of health perception: Understanding the menopause transition. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:178–195.

Sieloff CL. Defining the health of a social system within Imogene King's framework. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:137–146.

Sieloff CL. Imogene King: A conceptual framework for nursing. In: Metzger McQuiston C, Webb A, eds. *Foundations of nursing theory: Contributions of 12 key theorists*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:37–87.

Sieloff CL. Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In: Marriner-Tomey A, Alligood MR, eds. *Nursing theorists and their work*. 4th ed. St Louis: Mosby; 1998:300–319.

Sieloff CL. Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In: Marriner-Tomey A, Alligood MR, eds. *Nursing theorists and their work*. 5th ed. St Louis: Mosby; 2002:336–360.

Sieloff CL. Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In: Marriner-Tomey A, Alligood MR, eds. *Nursing theorists and their work*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2006:336–360.

Sieloff CL. The theory of group power within organizations—Evolving conceptualization within King's conceptual system. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:196–214.

Sieloff CL, Frey M, Killeen M. Application of King's interacting systems framework. In: Parker M, ed. *Nursing theorists and their application in practice*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2006:244–267.

Whelton BJB. The nursing act is an excellent human act: A philosophical analysis derived from classical philosophy and the conceptual system and theory of Imogene King. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:12–28.

Wicks MN. Family health as derived from King's framework. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*.

Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:97–108.

Winker CK. A systems view of health. In: Frey MA, Sieloff CL, eds. *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:35–45.

Zurakowski TL. Theory of social and interpersonal influences on health. In: Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007:237–257.

Artículos de revistas

Alligood MR, May BA. A nursing theory of personal system empathy: Interpreting a conceptualization of empathy in King's interacting systems. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(3):243–247.

Baumann SL. Research issues: Family nursing: Theory-anemic, nursing theory-deprived. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(4):285–290.

Brooks EM, Thomas S. The perception and judgment of senior baccalaureate student nurses in clinical decision making. *Advances in Nursing Science*. 1997;19(3):50–69.

Bruns A, Norwood B, Bosworth G, Hill L. The cerebral oximeter: What is the efficacy? *AANA Journal*. 2009;77(2):137–144.

Calladine ML. Nursing process for health promotion using King's theory. *Journal of Community Health Nursing*. 1996;13(1):51–57.

Campbell-Begg T. A case study using animal-assisted therapy to promote abstinence in a group of individuals who are recovering from chemical addictions. *Journal of Addictions Nursing*. 2000;12(1):31–35.

Caris-Verhallen WM, Kerkstra A, van der Heijden PG, Bensing JM. Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: An explorative study. *International Journal of Nursing Studies*. 1998;35(1-2):95–108.

Carter KF, Dufour LT. King's theory: A critique of the critiques. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(3):128–133.

Chaves ES, de Araujo TL. Nursing care for an adolescent with cardiovascular risk [Portuguese]. Ciencia. *Cuidado e Saude*. 2006;5(1):82–87.

Cheng M. Using King's goal attainment theory to facilitate drug compliance in a psychiatric patient [Chinese]. *Journal of Nursing*. 2006;53(3):90–97.

Chugh D. Care analysis using goal attainment model. *Asian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005;13(2):2–6.

Crossan F, Robb A. Role of the nurse: Introducing theories and concepts. *British Journal of Nursing*. 1998;7(10):608–612.

Daniel JM. Young adults' perceptions of living with chronic inflammatory

bowel disease. *Gastroenterology Nursing*. 2002;25(3):83–94.

David GLB. Ethics in the relationship between nursing and AIDS-afflicted families [Portuguese]. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2000;9(2):590–599.

Doornbos MM. King's systems framework and family health: The derivation and testing of a theory. *Journal of Theory Construction & Testing*. 2000;4(1):20–26.

Doornbos MM. Predicting family health in families with young adults with severe mental illness. *Journal of Family Nursing*. 2002;8(3):241–263.

Fawcett J. Scholarly dialogue. The nurse theorists: 21st-century updates—Imogene M. King. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(4):311–315.

Frey MA. Behavioral correlates of health and illness in youths with chronic illness. *Advanced Nursing Research*. 1996;9(4):167–176.

Frey MA. Health promotion in youth with chronic illness: Are we on the right track? *Quality Nursing*. 1997;3(5):13–18.

Frey M, Rooke L, Sieloff C, Messmer P, Kameoka T. Implementing King's conceptual framework and theory of goal attainment in Japan, Sweden and United States. *Image*. 1995;27(2):127–130.

Frey MA, Sieloff CL, Norris DM. King's conceptual system and theory of goal attainment: Past, present, and future. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(2):107–112.

Gill J, Hopwood-Jones L, Tyndall J, Gregoroff S, LeBlanc P, Lovett C, et al. Incorporating nursing diagnosis and King's theory in the O. R. documentation. *Canadian Operating Room Nursing Journal*. 1995;13(1):10–14.

Hanucharurnkui S, Vinya-nguag P. Effects of promoting patients' participation in self-care on postoperative recovery and satisfaction with care. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4(1):14–20.

Husting PM. A transcultural critique of Imogene King's theory of goal attainment. *Journal of Multicultural Nursing & Health*. 1997;3(3):15–20.

Jones S, Clark VB, Merker A, Palau D. Changing behaviors: Nurse educators and clinical nurse specialists design a discharge planning program. *Journal of Nursing Staff Development*. 1995;11(6):291–295.

Kemppainen JK. Imogene King's theory: A nursing case study of a psychotic client with human immunodeficiency virus infection. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1990;4(6):384–388.

Kline KS, Scott LD, Britton AS. The use of supportive-educative and mutual goal setting strategies to improve self-management for patients with heart failure. *Home Healthcare News*. 2007;25(8):502–510.

Kobayashi FT. A conceptual frame of reference for nursing. *Japanese Journal of Nursing Research*. 1970;3(3):199–204.

Kusaka T. Application to the King's goal attainment theory in Japanese clinical setting. *Journal of the Japanese Academy of Nursing Education*. 1991;1(1):30–31.

Laramee A. The building blocks of successful relationships. *Journal of Care Management*. 1999;5(4):40: 42, 44-45.

Lawler J, Dowswell G, Hearn J, Forster A, Young J. Recovering from stroke: A qualitative investigation of the role of goal setting in late stroke recovery. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30(2):401–409.

Lewinson SB. Professionally speaking: Interview with Imogene King. *Nursing Leadership Forum*. 2000;4(3):91–95.

Lockhart JS. Nurses' perceptions of head and neck oncology patients after surgery: Severity of facial disfigurement and patient gender. *Plastic Surgical Nursing*. 2000;20(2):68–80.

Long JM, Kee CC, Graham MV, Saethan TB, Dames FD. Medication compliance and the older hemodialysis patient. *American Nephrology Nurses Association Journal*. 1998;25(1):43–49.

Mayer BW. Female domestic violence victims: Perspectives on emergency care. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(4):340–346.

McKinney N, Frank DI. Nursing assessment of adult females who are alcohol dependent and victims of sexual abuse. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*. 1998;2(3):152–158.

McKinney NL, Dean PR. Application of King's theory of dynamic interacting systems to the study of child abuse and the development of alcohol use/dependence in adult females. *Journal of Addictions Nursing*. 2000;12(2):73–82.

Messmer PR. Professional model of care: Using King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19(3):227–228.

Messmer, P. R., & Cooper, C. (2011). *Symposium: Pediatric falls based on King's theory of goal attainment*. King's Theory Conference, Bozeman, Montana, April 7-8, 2011.

Milne J. The impact of information on health behaviors of older adults with urinary incontinence. *Clinical Nursing Research*. 2000;9(2):161–176.

Moreira TMM, Arajo TL. The conceptual model of interactive open systems and the theory of goal attainment by Imogene King [Portuguese]. *Revista Latino-Americana deEnfermagem*. 2002;10(1):97–103.

Murray RLE, Baier M. King's conceptual framework applied to a transitional living program. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1996;32(1):15–19.

Nagano M, Funashima N. Analysis of nursing situations in Japan: Using King's goal attainment theory. *Quality Nursing*. 1995;1(1):74–78.

Ng BFL, Tsang HWH. A program to assist people with severe mental illness in formulating realistic life goals. *Journal of Rehabilitation*. 2002;68(4):59–66.

Norgan GH, Ettipio AM, Lasome CEM. A program plan addressing carpal tunnel syndrome: The utility of King's goal attainment theory. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 1995;43(8):407–411.

Palmer JA. Nursing implications for older adult patient education. *Plastic Surgical Nursing*. 2006;26(4):189–194.

Petrich B. Medical and nursing students' perceptions of obesity. *Journal of Addictions Nursing*. 2000;12(10):3–16.

Richard-Hughes S. Attitudes and beliefs of Afro-Americans related to organ and tissue donation. *International Journal of Trauma Nursing*. 1997;3(4):119–123.

Riggs CJ. A model of staff-support to improve retention in long-term care. *Nursing Administration Quarterly*. 2001;25(2):43–54.

Scott LD. Perceived needs of parents of critically ill children. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*. 1998;3(1):4–12.

Secrest J, Iorio DH, Martz W. The meaning of work for nursing assistants who stay in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*. 2005;14(8b):90–97.

Sieloff CL. Measuring nursing power within organizations. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003;35(2):183–187.

Sredl D. The triangle technique: A new evidence-based educational tool for pediatric medication calculations. *Nursing Education Perspectives*. 2006;27(2):84–88.

Stevens KR, Messmer PR. In remembrance of Imogene M. King. January 30, 1923–December 24, 2007: Imogene, a pioneer and dear colleague. *Nursing Outlook*. 2008;56(3):100–101.

Suslick D, Secrest J, Holweger J, Myhan G. The perianesthesia experience from the patient's perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2007;22(1):10–20.

Tripp-Reimer T, Woodworth G, McCloskey JC, Bulechek G. The dimensional structure of nursing interventions. *Nursing Research*. 1996;45(1):10–17.

Tritsch JM. Application of King's theory of goal attainment and the Carondelet St. Mary's case management model. *Nursing Science Quarterly*. 1996;11(2):69–73.

Ugarriza DN. Intentionality: Applications within selected theories of nursing. *Holistic Nursing Practice*. 2002;16(4):41–50.

Viera CS, Rossi L. Nursing diagnoses from NANDA's taxonomy in women

with a hospitalized preterm child and King's Conceptual System [Portuguese]. *Revista Latin-Americana de Enfermagem*. 2000;8(6):110–116.

Wadensten B, Carlsson M. Nursing theory views on how to support the process of aging. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;42(2):118–124.

Walker KM, Alligood MR. Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001;15(3):140–147.

Wilkinson CR, Williams M. Strengthening patient-provider relationships. *Lippincott's Case Management*. 2002;7(3):86–102.

[*] Autoras anteriores: C. L. Sieloff, M. L. Ackermann, S. A. Brink, J. A. Clanton, C. G. Jones, A. Marriner-Tomey, S. L. Moody, G. L. Perlich, D. L. Price y B. B. Prusinski. Las autoras recomiendan a todos los lectores leer el material original de King, además de este capítulo.

Fotografía por cortesía de Patricia R. Messmer, PhD, RN-BC, FAAN.

16

Modelo de sistemas

Theresa Gunter Lawson[*]

«Creo que la teoría es vital para el desarrollo de una profesión de enfermería autónoma y responsable… En mi opinión, el modelo es relevante para el futuro por su naturaleza dinámica y sistémica; sus conceptos y proposiciones son intemporales.»

(Neuman, 2011, pág. 318)

Betty Neuman
(1924-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Betty Neuman nació en 1924 y creció en una granja de Ohio. Su pasado rural la ayudó a desarrollar un sentimiento de compasión por las personas necesitadas, que se hizo evidente a lo largo de su carrera. Finalizó sus estudios básicos de enfermería con doble reconocimiento en la Peoples Hospital School of Nursing (actualmente General Hospital) de Akron, Ohio, en 1947. Cuando era una joven enfermera se trasladó a California, donde ocupó diversos puestos, como enfermera hospitalaria, enfermera en un colegio, enfermera de empresa e instructora clínica en el University of Southern California Medical Center. Se diplomó con honores en salud pública y psicología (1957), e hizo un máster en Salud Mental

y Salud Pública (1966) en la University of California, Los Ángeles (UCLA). En 1985 se doctoró en Psicología Clínica en la Pacific Western University (Neuman, comunicación personal, 3 de junio, 1984).

Neuman fue una de las primeras personas que llevó la enfermería al campo de la salud mental. Ella y Donna Aquilina fueron las dos primeras enfermeras que desarrollaron la función de enfermera consejera en centros de crisis extrahospitalarios de Los Ángeles (Neuman, comunicación personal, 21 de junio, 1992). En la UCLA, desarrolló, enseñó y perfeccionó un programa de salud mental extrahospitalaria para profesionales de enfermería de posgrado. Desarrolló y publicó su primer modelo de enseñanza y práctica explícita para la consulta de salud mental a finales de los años sesenta, antes de la creación de su modelo de sistemas (Neuman, DeLoughery y Gebbie, 1971). En 1970 diseñó un modelo conceptual de enfermería para estudiantes de la UCLA con el fin de ampliar sus conocimientos sobre las variables del paciente más allá del modelo médico (Neuman y Young, 1972). Publicó su modelo por primera vez a principios de los años setenta (Neuman, 1974; Neuman y Young, 1972). La primera edición de *The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice* se publicó en 1982, y en las siguientes ediciones del libro desarrolló y revisó el modelo (Neuman, 1989, 1995, 2002b, 2011b).

Desde que desarrolló el modelo de sistemas, Neuman ha participado en numerosas publicaciones, presentaciones, consultas, charlas y conferencias sobre la aplicación y el uso del modelo. Es miembro de la American Association of Marriage and Family Therapy y de la American Academy of Nursing. Ha impartido clases de formación continua para profesionales de enfermería en la UCLA y en organizaciones comunitarias durante 14 años, y trabajó en la práctica privada como terapeuta matrimonial y familiar clínica licenciada, con especial atención al asesoramiento pastoral. Neuman vive en Seattle y sigue dirigiendo el Neuman Systems Model Trustees Group. Ofrece asesoramiento a nivel nacional e internacional sobre la aplicación del modelo para programas educativos de enfermería y para organizaciones de práctica clínica.

Fuentes teóricas

El modelo de sistemas de Neuman se basa en la teoría del sistema general y refleja la naturaleza de los organismos vivos como sistemas abiertos (Bertalanffy, 1968) que interactúan entre sí y con el entorno (Neuman, 1982). Dentro de este modelo, Neuman sintetiza el conocimiento de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y su experiencia como enfermera clínica, especialmente en el campo de la salud mental.

El modelo se basa en la teoría de la *gestalt* (Perls, 1973), que describe la homeostasis como el proceso por el cual un organismo mantiene su equilibrio, y en consecuencia su salud, bajo condiciones variables. Neuman describe el ajuste como el proceso por el cual el organismo satisface sus necesidades. Existen muchas necesidades, y todas pueden alterar el equilibrio o la estabilidad del paciente, por lo que el proceso de ajuste es dinámico y continuo. La vida se caracteriza por esta interacción continua de equilibrio y desequilibrio dentro del organismo. Cuando el fracaso del proceso de estabilización alcanza un punto determinado, o cuando el organismo permanece en un estado de desarmonía durante mucho tiempo, puede desarrollarse la enfermedad y, si el organismo no es capaz de compensarla, puede morir (Neuman y Young, 1972).

El modelo también se basa en las ideas filosóficas de De Chardin y Marx (Neuman, 1982). La filosofía marxista señala que las propiedades de las partes están determinadas en cierta medida por los conjuntos más grandes dentro de los sistemas dinámicamente organizados. Con este punto de vista, Neuman (1982) confirma que los patrones del conjunto influyen en el conocimiento de la parte, lo que se corresponde con la filosofía de la totalidad de la vida de De Chardin.

Neuman utilizó la definición de estrés de Selye, que es la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda que se le haga. El estrés aumenta la necesidad de reajuste. Esta demanda no es específica; requiere la adaptación al problema, independientemente de la naturaleza del mismo. Por tanto, la esencia del estrés es la demanda inespecífica de la actividad (Selye, 1974). Los factores estresantes, que pueden ser positivos o negativos, son los estímulos que producen tensión y dan lugar al

estrés.

Neuman adapta el concepto de niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan (1964) y relaciona estos niveles con la enfermería. La prevención primaria se utiliza para proteger al organismo antes de que entre en contacto con un factor estresante peligroso, e implica la disminución de la posibilidad de encontrarse con este factor estresante o el fortalecimiento de la línea de defensa normal del paciente para disminuir la reacción frente al mismo. Las prevenciones secundaria y terciaria son posteriores al encuentro del paciente con el factor estresante peligroso. La prevención secundaria intenta reducir el efecto o el posible efecto de los factores estresantes a través del diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad. Neuman lo describe como el fortalecimiento de las líneas internas de resistencia. La prevención terciaria intenta reducir los efectos residuales del factor estresante y que el paciente recupere el bienestar después del tratamiento (Capers, 1996; Neuman, 2002b).

Principales conceptos y definiciones

Betty Neuman (2011b) describe su modelo de sistemas de la siguiente forma: «El modelo de sistemas de Neuman es una perspectiva singular basada en sistemas abiertos que proporciona un enfoque unificador para abordar una amplia gama de cuestiones. Un sistema actúa como una frontera para un paciente individual, un grupo o incluso un conjunto de grupos; también puede definirse como una cuestión social. Un sistema del paciente en interacción con el entorno perfila el dominio de las cuestiones de enfermería» (pág. 3).

Los conceptos principales identificados en el modelo (fig. 16.1) son: abordaje integral, sistema abierto, entorno, sistema del paciente, línea normal de defensa, línea flexible de defensa, salud, factores estresantes, grado de reacción, prevención como intervención y reconstitución (Neuman, 2011c, págs. 327-329; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

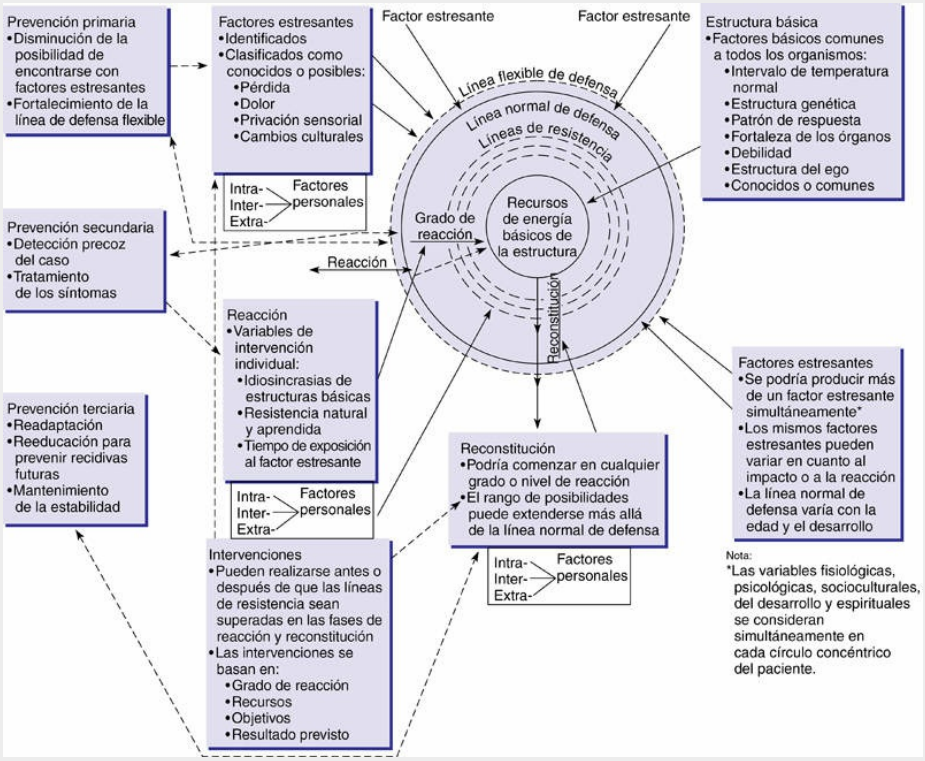


FIGURA 16.1 Modelo de sistemas de Neuman. (Copyright original de 1970 por Betty Neuman. Utilizado con autorización.)

Abordaje integral

El modelo de sistemas de Neuman es un abordaje de sistemas dinámico y abierto para el cuidado del paciente, originalmente creado para proporcionar un centro unificador con la intención de definir los problemas de la enfermería y entender al paciente cuando interacciona con el entorno. El paciente como sistema puede definirse como una persona, familia, grupo, comunidad o cuestión social (Neuman, 2011c).

Los pacientes se consideran como un todo cuyas partes están en interacción dinámica. El modelo considera simultáneamente todas las variables que afectan al sistema del paciente: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, del desarrollo y espirituales. Neuman incluyó la variable en la segunda edición (1989), en la que también cambió la ortografía del término *holistic* por *wholistic* («holístico», «integral») para aumentar la comprensión del término, refiriéndose a la persona como un todo (Neuman, comunicación personal, 20 de junio, 1988).

Sistema abierto

Un sistema es abierto cuando existe «un flujo continuo de entradas y procesos, salidas y retroalimentación». «El estrés y la reacción al estrés son elementos básicos» de un sistema abierto (Neuman, 2011c, pág. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Función o proceso

El paciente es un sistema que intercambia «energía, información y materia con el entorno, así como con otras partes y subpartes del sistema» mientras utiliza recursos energéticos disponibles «para moverse hacia la estabilidad y la integración» (Neuman, 2011c, pág. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Entrada y salida

Para el paciente como sistema, la entrada y la salida son «la materia, la energía y la información que se intercambian entre el paciente y el entorno» (Neuman, 2011c, pág. 328).

Retroalimentación

La salida del sistema en forma de «materia, energía e información» sirve como retroalimentación para futuras entradas «para la acción correctora para cambiar, mejorar o estabilizar el sistema» (Neuman, 2011c, pág. 327).

Negentropía

«Proceso de conservación de energía que aumenta la organización y la complejidad, llevando al sistema hacia la estabilidad hasta un grado mayor de bienestar» (Neuman, 2011c, pág. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Estabilidad

La estabilidad es un estado dinámico y «deseable de equilibrio en el que el intercambio de energía puede tener lugar sin la perturbación del carácter del sistema», que apunta hacia la salud óptima (Neuman, 2011c, pág. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Entorno

Según la definición de Neuman, «el entorno consiste en las fuerzas internas y externas que rodean al paciente, e influyen y se ven

influenciadas por el paciente, en cualquier momento» (Neuman, 2011c, pág. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Entorno creado

El entorno creado es desarrollado inconscientemente por el paciente para expresar simbólicamente la integridad del sistema. «Su propósito es proporcionar protección perceptiva para el funcionamiento del sistema del paciente y mantener la estabilidad del sistema» (Neuman, 2011c, pág. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Sistema del paciente

El sistema del paciente «consta de cinco variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, del desarrollo y espiritual) en interacción con el entorno» (Neuman, 2011c, pág. 327). «La variable fisiológica hace referencia a la estructura y a la función del organismo. La variable psicológica hace referencia a los procesos mentales en interacción con el entorno. La variable sociocultural se refiere a los efectos y a las influencias de las condiciones sociales y culturales. La variable del desarrollo hace referencia a los procesos y a las actividades relacionadas con la edad. La variable espiritual se refiere a las creencias e influencias espirituales» (Neuman, 2011c, pág. 16; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Estructura básica

El paciente es un sistema formado por una estructura central rodeada de anillos concéntricos. El círculo interno del diagrama (v. fig. 16.1) representa los factores básicos de supervivencia o los recursos de energía del paciente. Esta estructura central «consta de los factores de supervivencia básicos comunes a los seres humanos», como características innatas o genéticas (Neuman, 2011c, pág. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Líneas de resistencia

La serie de círculos discontinuos que rodean la estructura central básica se denomina **líneas de resistencia.** Estos círculos representan los factores de recursos que ayudan al paciente a defenderse de un factor estresante (v. fig. 16.1). «Las líneas de

resistencia actúan como factores de protección, que son activados por los factores estresantes que penetran en la línea normal de defensa» (Neuman, 2011c, pág. 328).

Línea normal de defensa

La línea normal de defensa es el círculo sólido exterior del modelo (v. fig. 16.1). Representa «el nivel adaptativo de salud desarrollado en el transcurso del tiempo y sirve como valor de referencia con respecto al cual medir la desviación del bienestar» (Neuman, 2011c, pág. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995). «La expansión de la línea normal de defensa refleja un aumento del estado de bienestar, y la contracción indica una disminución del bienestar» (Neuman, 2011, pág. 327).

Línea flexible de defensa

El círculo discontinuo exterior del modelo se denomina **línea flexible de defensa** (v. fig. 16.1). Se percibe como un elemento amortiguador de protección para evitar que los factores estresantes se abran camino hacia el estado de bienestar habitual representado por la línea normal de defensa. Los factores de situación pueden influir en el grado de protección proporcionado por la línea flexible de defensa, tanto de forma positiva como negativa (Neuman, 2011c, pág. 327; v. también Neuman 1982, 1989, 1995, 2002a).

Neuman describe la línea flexible de defensa como el primer mecanismo protector del sistema del paciente. «Cuando la línea flexible de defensa se expande, proporciona una mayor protección a corto plazo contra la invasión de factores estresantes; cuando se contrae, proporciona menos protección» (Neuman, 2011, pág. 327).

Salud

«La salud es un continuo desde el bienestar a la enfermedad, dinámico por naturaleza. Existe un bienestar óptimo cuando se cumplen completamente las necesidades totales del sistema» (Neuman, 2011c, pág. 328).

Bienestar

«El bienestar existe cuando todas las subpartes del sistema interaccionan en armonía con el sistema completo y se satisfacen todas las necesidades del sistema» (Neuman, 2011c, pág. 329; v.

también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Enfermedad

«La enfermedad se encuentra en el extremo del continuo opuesto al bienestar y representa un estado de inestabilidad y agotamiento de la energía» (Neuman, 2011c, pág. 329; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Factores estresantes

Los factores estresantes son estímulos que causan tensión que «pueden alterar la estabilidad del sistema y dar lugar a un resultado que puede ser positivo o negativo». Pueden ser consecuencia de lo siguiente:

- Fuerzas intrapersonales que tienen lugar en el interior del individuo, «como las respuestas condicionadas».
- Fuerzas interpersonales que tienen lugar «entre uno o más individuos, como las expectativas del rol».
- «Fuerzas extrapersonales que se producen en el exterior del individuo, como las circunstancias económicas» (Neuman, 2011c, pág. 22; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Grado de reacción

«El grado de reacción representa la inestabilidad del sistema que tiene lugar cuando los factores estresantes invaden la línea normal de defensa» (Neuman, 2011c, pág. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Prevención como intervención

Las intervenciones son acciones determinadas que ayudan al paciente a conservar, alcanzar o sustentar la estabilidad del sistema. Pueden producirse antes o después de que las líneas de defensa y resistencia sean superadas. Neuman está de acuerdo en iniciar la intervención cuando se sospecha la existencia de un factor estresante o este ya ha sido identificado. Las intervenciones se basan en el grado posible o real de reacción, los recursos, los objetivos y el resultado previsto. Neuman identifica tres niveles de

intervención: 1) primario; 2) secundario, y 3) terciario (Neuman, 2011c; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Prevención primaria

La prevención primaria se realiza cuando se sospecha o se ha identificado la existencia de un factor estresante. «Aunque aún no ha tenido lugar una reacción», ya se conoce el grado de riesgo. El objetivo es reducir la posibilidad de un encuentro con el factor estresante o reducir la posibilidad de una reacción (Neuman, 2011c, pág. 328).

Prevención secundaria

«La prevención secundaria es el conjunto de intervenciones o de tratamientos iniciados después de que se manifiesten los síntomas de estrés.» Se utilizan los recursos internos y externos del paciente para reforzar las líneas internas de resistencia, reducir la reacción y aumentar los factores de resistencia (Neuman, 2011c, pág. 328).

Prevención terciaria

«La prevención terciaria tiene lugar después del tratamiento activo o de la fase de prevención secundaria. Pretende conseguir que el paciente recupere la estabilidad óptima del sistema.» El objetivo es mantener el bienestar óptimo mediante la prevención de la recidiva de la reacción o la regresión. La prevención terciaria retrocede en forma circular hacia la prevención primaria (Neuman, 2011c, pág. 328; v. también Neuman, 1982).

Reconstitución

La reconstitución tiene lugar después del tratamiento de las reacciones a los factores estresantes. «Representa el retorno del sistema a la estabilidad», con un nivel de bienestar que puede ser superior o inferior al existente antes de la invasión del factor estresante (Neuman, 2011c, pág. 328).

Uso de datos empíricos

Neuman conceptualizó el modelo a partir de teorías consolidadas antes de que comenzara la investigación de enfermería en el modelo. Inicialmente evaluó la utilidad del modelo presentando

una herramienta a los estudiantes de Enfermería en la UCLA y publicó los datos obtenidos en *Nursing Research* (Neuman y Young, 1972). Las investigaciones de enfermería posteriores han proporcionado pruebas empíricas suficientes para apoyar el modelo de sistemas de Neuman (v. fig. 16.1).

Principales premisas

Enfermería

Neuman (1982) cree que la enfermería debe encargarse de la persona en su totalidad. Considera que es una «profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés» (pág. 14). La percepción del profesional de enfermería influye en el cuidado que proporciona, por lo que Neuman (1995) afirmó que debe valorarse el campo perceptivo del cuidador y del paciente.

Seres humanos

«Neuman presenta el concepto de seres humanos como un sistema del paciente abierto en interacción recíproca con el entorno. El paciente puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una cuestión social.» El sistema del paciente es un compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, del desarrollo y espirituales (Neuman, 2011b, pág. 15).

Salud

Neuman considera que su trabajo es un modelo de bienestar. Para ella, la salud es un continuo de naturaleza dinámica que cambia constantemente, del bienestar a la enfermedad. Neuman afirma: «El bienestar óptimo o la estabilidad indican que las necesidades totales del sistema están satisfechas. Un estado reducido de bienestar es el resultado de las necesidades del sistema no satisfechas» (Neuman, 2011c, pág. 328).

Entorno

Neuman define el «**entorno** como todos los factores internos y externos que rodean e influyen en el sistema del paciente». Los factores estresantes (intra-, inter- y extrapersonales) son importantes para el concepto de entorno, y se describen como fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla (Neuman, 2011b, pág. 19).

Neuman (1995) identifica tres entornos importantes: 1) interno; 2) externo, y 3) creado. El entorno interno es intrapersonal e incluye todas las interacciones interiores del paciente. El entorno externo es inter- o extrapersonal, todos los factores se originan en el exterior del paciente. El entorno creado se desarrolla inconscientemente y el paciente lo utiliza para apoyar el afrontamiento protector. Es principalmente intrapersonal. El entorno creado es dinámico y moviliza todas las variables del sistema para crear un efecto aislante que ayuda al paciente a afrontar la amenaza de los factores estresantes del entorno cambiando la identidad o la situación. Algunos ejemplos son la negación (variable psicológica) y la continuación del ciclo de vida de los patrones de supervivencia (variable del desarrollo). El entorno creado siempre influye en, y es influenciado por, los cambios en el estado de bienestar percibido por el paciente (Neuman, 1995, 2011b).

Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos son las relaciones que se establecen entre los conceptos esenciales de un modelo (Torres, 1986). El modelo de Neuman describe al profesional de enfermería como un participante activo junto con el paciente y «tiene en cuenta todas las variables que afectan a la respuesta del individuo a los factores estresantes» (Neuman, 1982, pág. 14). El paciente mantiene una relación recíproca con el entorno en la que «interactúa con el entorno ajustándolo a sí mismo o ajustándose él mismo al entorno» (Neuman, 1982, pág. 14). Neuman une los cuatro conceptos básicos de persona, entorno, salud y enfermería en sus afirmaciones sobre la prevención primaria, secundaria y terciaria. En sus primeras publicaciones, Neuman proponía unos supuestos básicos que

relacionaban los conceptos esenciales del modelo. Estas afirmaciones se han aceptado como proposiciones y sirven para definir, describir y relacionar los conceptos del modelo. Se han propuesto, comprobado y publicado numerosos fundamentos teóricos, como describen Neuman y Fawcett en sus trabajos (2011).

Planteamiento lógico

Neuman utilizó la lógica inductiva y deductiva para desarrollar su modelo. Como ya se ha comentado, el modelo de Neuman deriva de otras teorías y disciplinas, y también es un producto de su filosofía y de las observaciones basadas en la enseñanza de la enfermería de salud mental y del asesoramiento clínico (Fawcett et al., 1982).

Aplicaciones por la comunidad de enfermería

Alligood (2014) aclara que un modelo conceptual proporciona un marco de referencia, mientras que una gran teoría propone una dirección o acción que puede comprobarse. El modelo de sistemas de Neuman es tanto un modelo como una gran teoría de enfermería. Como modelo, proporciona un marco conceptual para la práctica de la enfermería, la investigación y la formación (Freese et al., 2011; Louis et al., 2011; Newman, Lowry y Fawcett, 2011). Como gran teoría, propone maneras de considerar los fenómenos y las acciones de enfermería que se asume que son ciertas y forman proposiciones para su comprobación (Neuman, 2002a).

El modelo sirve por igual a todos los niveles de formación en enfermería y a una gran variedad de áreas de la práctica. Se adapta bien transculturalmente y se utiliza con frecuencia en enfermería de salud pública en otros países. El modelo se usa mucho en EE. UU., Canadá, Holanda y Bélgica. Se ha utilizado en todo el mundo (Australia, Brasil, Corea, Costa Rica, Dinamarca, Egipto, España, Finlandia, Ghana, Hong Kong, Islandia, Japón, Kuwait, Nueva Zelanda, Portugal, Puerto Rico, Reino Unido, República Popular de China, Suecia y Taiwán).

El desarrollo continuo y el interés universal del modelo se reflejan en el International Biennial Neuman Systems Model Symposia, que proporciona un foro entre culturas para que profesionales, educadores, investigadores y estudiantes compartan información sobre su uso del modelo. El primer simposio se celebró en 1986 en el Neumann College de Aston, Pensilvania. Los siguientes simposios se han celebrado en Kansas City, Missouri (1988); Dayton, Ohio (1990); Rochester, Nueva York (1993); Orlando, Florida (1995); Boston, Massachusetts (1997); Vancouver, British Columbia (1999); Salt Lake City, Utah (2001); Willow Grove, Pensilvania (2003); Akron, Ohio (2005); Ft. Lauderdale, Florida (2007); Las Vegas, Nevada (2009); Allentown, Pensilvania (2011); Vancouver, British Columbia (2013), y Filadelfia, Pensilvania (2015). En cada uno de estos simposios han participado países de todo el mundo y otras disciplinas, además de la enfermera.

Práctica profesional

El uso del modelo de sistemas de Neuman en la práctica de la enfermería facilita abordajes integrales, unificados y dirigidos a un objetivo para el cuidado del paciente, aunque el modelo también resulta apropiado para un uso multidisciplinario que evite la fragmentación del cuidado del paciente. El modelo describe un sistema del paciente y una clasificación de los factores estresantes que todos los miembros del equipo sanitario pueden entender y utilizar (Mirenda, 1986). Se han publicado directrices para el uso del modelo en la práctica clínica de la enfermería (Freese et al., 2011) y para la administración de servicios de asistencia sanitaria (Shambaugh, Neuman y Fawcett, 2011).

Se han publicado varios instrumentos para facilitar el uso del modelo. Entre ellos se encuentra una herramienta de valoración y de intervención para ayudar a los profesionales de enfermería a recopilar y sintetizar los datos del paciente, un formato para la prevención como intervención y un formato para la aplicación del proceso de enfermería dentro del marco del modelo de sistemas de Neuman (Neuman, 2011a; Russell, 2002).

El formato del proceso de enfermería de Neuman está integrado por tres pasos: 1) diagnósticos de enfermería; 2) objetivos de

enfermería, y 3) resultados de enfermería. (Cuando se usa en otras disciplinas, el término *enfermería* se cambia en consonancia.) El diagnóstico consiste en obtener una base de datos amplia y completa a partir de la cual pueden determinarse variaciones del bienestar. Los objetivos se establecen mediante la negociación entre el paciente y el cuidador de los cambios de prescripción deseados para corregir las variaciones del bienestar. Los resultados se establecen en relación con el objetivo de uno o más de los tres modos de prevención como intervención. Después se utiliza la evaluación para confirmar que se han conseguido los resultados deseados o para reformular los objetivos o los resultados. Neuman (2011a) esboza su formato del proceso de enfermería aclarando los pasos del proceso para utilizar su modelo en el apéndice C en Neuman y Fawcett (2011, págs. 338-350). Russell (2002) proporciona una revisión de las herramientas clínicas utilizando el modelo para guiar la práctica de la enfermería con individuos, familias, comunidades y organizaciones.

Debido a su amplitud, el modelo se ha aplicado y adaptado a una gran variedad de entornos de la práctica de enfermería, como hospitales, residencias de ancianos, centros de rehabilitación, hospitales para enfermos terminales, unidades de salud mental, maternidades y servicios extrahospitalarios, como en congregaciones. En los libros de Neuman (Neuman, 1982, 1989, 1995; Newman y Fawcett, 2002, 2011) se citan numerosos ejemplos. El abordaje integral del modelo lo hace especialmente aplicable a los pacientes que están experimentando factores estresantes complejos que afectan a múltiples variables del paciente, como las náuseas producidas por la quimioterapia en mujeres con cáncer de mama (Bourdeanu y Dee, 2013). El modelo se ha utilizado para guiar la práctica de la enfermería en países de todo el mundo. Por ejemplo, en Holanda se ha utilizado para guiar Emergis, un programa completo de salud mental que proporciona atención psiquiátrica a niños, adolescentes, adultos y personas de edad avanzada, tratamiento de las adicciones y servicios sociales (Merks et al., 2012).

El modelo de Neuman proporciona una perspectiva de los sistemas para su uso en personas y familias, en la práctica extrahospitalaria con grupos y en la enfermería de salud pública,

porque sus principios integrales ayudan a los profesionales de enfermería a prestar un cuidado de gran calidad por medio de prácticas basadas en la evidencia (Ume-Nwagbo, Dewan y Lowry, 2006). Anderson, McFarland y Helton (1986) utilizaron el modelo para evaluar las necesidades sanitarias de una comunidad en la que identificaron la violencia hacia las mujeres como un problema sanitario principal. Smith-Johnson et al. (2015) exploraron la utilidad del modelo como un marco para evaluar el estrés de los cuidadores de los que han sobrevivido a un accidente cerebrovascular. También se ha utilizado como un marco para explorar el bienestar de los adolescentes (Spurr et al., 2012) y para la práctica avanzada de la enfermería psiquiátrica (Groesbeck, 2011).

Del mismo modo, el modelo es funcional en centros de cuidados agudos. Por ejemplo, el Allegiance Health de Míchigan adoptó el modelo de sistemas de Neuman para su aplicación como el modelo conceptual de enfermería en su institución. Como parte del proceso de puesta en marcha, se revisaron o crearon diversos documentos con el fin de reflejar los cuidados de enfermería que usaban conceptos del modelo, como el empleo de las «seis preguntas del modelo de sistemas de Neuman», que se incorporaron en la evaluación del ingreso (Burnett y Crisanti, 2011). El modelo también funciona bien para el uso multidisciplinario. Black et al. (2011) desarrollaron una intervención de participación familiar facilitada por profesionales de enfermería para el cuidado psicológico de los pacientes en estado crítico. Recientemente, Aronowitz ha explorado el uso del modelo y su aplicabilidad para evaluar cuestiones de política sanitaria (Aronowitz y Fawcett, 2015, 2016). Se siguen realizando investigaciones para validar su aplicabilidad dentro y más allá de la enfermería.

Formación

El modelo es bien aceptado en los círculos académicos, y se utiliza mucho como guía para los planes de estudios. Se ha utilizado en EE. UU. y en países como Australia, Canadá, Corea, Dinamarca, Holanda, Japón, Kuwait, Portugal, el Reino Unido y Taiwán (Beckman et al., 1994; Lowry, 2002). En una revisión integradora del uso del modelo en programas educativos a todos los niveles, Lowry

(2002) afirmó que «el modelo de sistemas de Neuman ha sido útil para numerosos programas… y se selecciona con frecuencia en otros países para facilitar el aprendizaje de los estudiantes» (pág. 231). Se han publicado directrices para el uso del modelo para la formación en las profesiones sanitarias (Newman, Lowry y Fawcett, 2002; Newman et al., 2011).

La perspectiva integral del modelo proporciona un marco eficaz para la enseñanza de la enfermería a todos los niveles. En un estudio de 12 programas de preparación para la diplomatura, Lowry y Newsome (1995) observaron que se utilizaba el modelo como un marco conceptual para la elaboración de planes de estudios. Los resultados indican que los universitarios utilizan el modelo con más frecuencia en los roles de profesor y cuidador, y que tienden a seguir la práctica desde una perspectiva basada en el modelo de sistemas de Neuman después de su graduación. El modelo se ha seleccionado para programas de diplomatura debido a sus perspectivas teóricas y exhaustivas para un plan de estudios integral y por su potencial de uso con individuos, familias, grupos pequeños y la comunidad. La Neumann College Division of Nursing fue la primera escuela que seleccionó el modelo de sistemas de Neuman como base conceptual para su plan de estudios y para el abordaje de los cuidados del paciente en 1976. Neuman, Lowry y Fawcett (2011) refieren que el modelo de sistemas de Neuman sigue siendo útil como marco conceptual en más de 25 programas de formación en enfermería en EE. UU. y en otros países, como en la Loma Linda University (Burns, 2011), el Anna Maria College (Cammuso, Audrey Silveri y Remijan, 2011), la Indiana University/Purdue University Fort Wayne (Beckman, Lowry y Boxley-Harges, 2011) y el Douglas College (Tarko y Helewka, 2011).

El modelo funciona igual de bien para guiar el aprendizaje clínico. Por ejemplo, se usa en estudiantes de Enfermería en un centro de enfermería extrahospitalario (Newman, 2005) y para enseñar a los estudiantes de Enfermería a mejorar la salud de las comunidades (Falk-Rafael et al., 2004). Se usa como un marco completo para organizar los datos recogidos de pacientes de una maternidad por estudiantes de Enfermería de pregrado en la University of South Florida (Lowry, 2002). McClure y Gigliotti

(2012) registraron un uso novedoso del modelo para el informe después de las experiencias de simulación clínica. El modelo de sistemas de Neuman se utiliza para guiar el aprendizaje, en el aula y en el ámbito clínico, en planes de estudios de enfermería de diversos niveles y relacionados con la salud en todo el mundo. La aceptación por la comunidad educativa de enfermería es claramente evidente. Con el aumento de la formación en enfermería *online,* será imprescindible que el profesorado busque nuevos métodos para presentar esta información a estudiantes de todos los niveles.

Surgió un nuevo enfoque cuando los investigadores utilizaron el modelo para conceptualizar la relación entre los estudiantes y los profesores, en vez de centrarse en el paciente y el profesional de enfermería, en varias publicaciones. Se ha analizado el uso de técnicas de reducción del estrés en la formación en enfermería (Bauer, 2014), así como la mejora de la resiliencia y la capacitación de los estudiantes (Pines et al., 2014). Por el contrario, la tesis de Couper (2015) se centró en las relaciones entre la tensión del rol, el estrés académico y el apoyo organizativo para la Facultad de Enfermería clínica que se enfrenta a una calificación suspensa de un grado clínico.

Investigación

En la última década se han realizado numerosas investigaciones sobre los componentes del modelo para crear una teoría de la enfermería y utilizar el modelo como un marco conceptual para desarrollar la enfermería como una disciplina científica. Las normas para realizar una investigación de enfermería basada en el modelo de sistemas de Neuman, especificadas por Fawcett, una administradora del modelo, se basan en su contenido y en la bibliografía relacionada con este (Fawcett y Gigliotti, 2001). Se han publicado otras directrices para utilizar el modelo en investigación de enfermería (Louis et al., 2011).

En la cuarta edición de *The Neuman Systems Model,* Fawcett y Giangrande (2002) presentan una revisión integrada de 200 informes de investigación sobre el uso del modelo que se publicaron en 1997. Skalski, DiGerolamo y Gigliotti (2006)

publicaron una revisión bibliográfica de 87 estudios basados en el modelo de sistemas de Neuman para identificar y clasificar los factores estresantes del sistema del paciente. Los investigadores en enfermería suelen utilizar el modelo de sistemas de Neuman como un marco conceptual, porque se presta tanto a métodos cuantitativos como cualitativos. Entre los ejemplos recientes de estudios cuantitativos se incluyen la investigación de las condiciones de trabajo de terceros en una universidad pública en Brasil (Greco et al., 2016), la eficacia de los programas de manejo del estrés basados en la realidad virtual sobre las variables relacionadas con el estrés en pacientes con trastornos del estado de ánimo (Shah et al., 2015) y el efecto del toque sanador sobre varios índices durante las crisis vasooclusivas en pacientes con anemia drepanocítica (Thomas et al., 2013). Los ejemplos recientes de estudios cualitativos comprenden un estudio para explorar el significado de espiritualidad descrito por personas de edad avanzada con diversos estados de salud (Lowry, 2012) y la curación espiritual después de haber sufrido abusos durante la infancia (Willis et al., 2015).

Los estudiantes de grado usan frecuentemente el modelo en las tesis doctorales. Entre los ejemplos recientes se incluyen la experiencia vivida de ser un profesional de enfermería de cuidados paliativos a domicilio (Williams, 2015); el establecimiento del riesgo para los pacientes de la unidad de cuidados intensivos con úlceras por presión adquiridas en el hospital relacionadas con dispositivos médicos (Rondinelli, 2014); la tensión del rol, la conducta alimentaria y la obesidad entre el clero (Manister y Gigliotti, 2016), y la prevalencia de prehipertensión en los adultos de Burkina Faso (Talato, 2014).

En ediciones anteriores de este libro se recogieron los primeros estudios de investigación en los que se utilizó el modelo de sistemas de Neuman, y algunos de ellos se enumeran en las lecturas recomendadas al final del capítulo.

El Biennial Neuman Systems Model Symposium proporciona un rico foro para la presentación de investigaciones, tanto terminadas como en curso. En sus ediciones decimocuarta (2013) y decimoquinta (2015), los profesionales de enfermería de EE. UU., Canadá, Holanda, Brasil y México expusieron numerosos estudios

en los que se utilizó el modelo. Entre los estudios presentados en el decimocuarto simposio se encontraban la percepción de los profesionales de enfermería hispanos de la evaluación y el abordaje del dolor (Bloch, 2013b), los programas de intervención de competencia cultural para los profesionales sanitarios (Bloch, 2013a), el estrés del rol y las conductas alimentarias en el clero (Manister, 2013), y el apoyo del cuidador durante el traslado del hospital al asilo de ancianos (Green-Laughlin et al., 2013). Las investigaciones presentadas en el decimoquinto simposio incluyeron la exploración de variables relacionadas con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Randazzo, Fongwa y Van Dover, 2015), la identificación de conductas de riesgo relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre los estudiantes universitarios minoritarios (Lyttle et al., 2015), el análisis de las «inquietudes» en dos grupos principales de colegios profesionales (McDowell, Cox-Davenport y Wharton, 2015), y los factores que influyen en el mal uso y el abuso de los fármacos estimulantes prescritos entre los estudiantes de Enfermería (Martin, 2015). Los proyectos de investigación presentados en simposios anteriores (1993-2007) se citan en el capítulo sobre Neuman de las ediciones previas de este libro.

El modelo de sistemas de Neuman se utiliza ampliamente para proporcionar el marco conceptual para proyectos de investigación en EE. UU. y en otros países. La aceptación de este modelo por parte de la comunidad de enfermería es claramente evidente.

Evolución

Cuando se publicó por primera vez, se consideró que el modelo de sistemas de Neuman estaba en una fase muy inicial del desarrollo teórico (Walker y Avant, 1983). Aunque el diagrama en sí no ha cambiado, el modelo se ha mejorado teniendo en cuenta su uso, y se ha seguido desarrollando en publicaciones posteriores (Fawcett, 2001). Desde 2000, al menos dos componentes han sido apoyados y han seguido desarrollándose. Los principales avances comprenden la espiritualidad (Beckman et al., 2007; DiJoseph y Cavendish, 2005; Lee, 2005; Lowry, 2002; 2012) y el concepto de entorno creado (Hemphill, 2006).

El establecimiento de la credibilidad completa del modelo depende de la extensión del desarrollo y de la demostración de la teoría de nivel medio en el modelo. Neuman y Koertvelyessy identificaron dos teorías generadas a partir del modelo: 1) la teoría de la estabilidad óptima del sistema del paciente, y 2) la teoría de la prevención como intervención (Fawcett, 1995b). Gigliotti (2011) señala otras teorías de nivel medio derivadas del modelo de sistemas de Neuman, entre ellas la teoría de la vulnerabilidad de los adolescentes a las conductas de riesgo, la teoría del bienestar, la teoría del estrés por el rol maternal y la teoría de la toma de decisiones en diálisis. La investigación basada en el modelo es necesaria para validar la relación entre los conceptos del modelo y los resultados de la investigación (Fawcett y Giangrande, 2002; Gigliotti, 2011).

En 1988 se estableció el Neuman Systems Model Trustee Group para la preservación, protección y perpetuación de la integridad del modelo en el futuro de la enfermería (Neuman, 2011d). El Neuman Systems Model Research Institute se ha organizado para elaborar y probar teorías de nivel medio derivadas del modelo. El trabajo preliminar ya finalizado comprende el ensamblaje de los recursos, la identificación de conceptos y las relaciones entre ellos, y la síntesis de las investigaciones existentes basadas en conceptos del modelo de sistemas de Neuman (Gigliotti, 2003). El Research Institute ofrece becas y subvenciones para investigadores seleccionados en un esfuerzo por promover el uso del modelo y el trabajo para generar teorías de nivel medio a partir del mismo, y ofrece también servicios de consultoría relacionados con el uso del modelo en la investigación en enfermería (Gigliotti, 2011).

Crítica

Neuman elaboró un modelo conceptual integral que utiliza los conceptos de sistemas que son relevantes para la amplitud del fenómeno de enfermería. La perspectiva integral del modelo permite utilizar una gran creatividad. Sigue siendo importante para su uso por los profesionales de enfermería y otras profesiones sanitarias.

Claridad

Neuman presenta conceptos abstractos conocidos por los profesionales de enfermería. Los conceptos esenciales del modelo (paciente, entorno, salud y enfermería) son coherentes con los conocimientos tradicionales del metaparadigma de la enfermería. Los conceptos que Neuman define y los que toma de otras disciplinas se utilizan de forma coherente en todo el modelo. Sin embargo, algunos autores han criticado la falta de claridad, y consideran necesaria una definición más completa de los conceptos (August-Brady, 2000; Heyman y Wolfe, 2000).

Sencillez

Los conceptos del modelo están organizados de manera compleja, aunque lógica y sistemática. Entre los conceptos existen múltiples interrelaciones, y las variables se solapan hasta cierto punto. Las distinciones entre los conceptos tienden a difuminarse en varios puntos, pero, si estuvieran totalmente separados, podría perderse el significado teórico. Neuman afirmó que los conceptos pueden separarse para su análisis, para establecer objetivos específicos y para las intervenciones (Neuman, comunicación personal, 21 de junio, 1992). Este modelo puede utilizarse para explicar el estado de equilibrio dinámico del paciente y la reacción o posible reacción a los factores estresantes. El concepto de prevención como intervención puede utilizarse para describir o predecir el fenómeno de enfermería. Puesto que el modelo es complejo, no puede describirse como sencillo; no obstante, los profesionales de enfermería que lo utilizan creen que es fácil de comprender, y se utiliza en diferentes culturas y en ámbitos muy variados de la práctica.

Generalidad

El modelo de sistemas de Neuman se ha utilizado en una gran variedad de situaciones de enfermería; es tanto completo como adaptable. Algunos conceptos son amplios y representan el fenómeno del «paciente», que puede ser una persona o un sistema más grande. Otros conceptos están más definidos e identifican

modos específicos de acción, como la prevención primaria. El amplio alcance sistemático del modelo hace que sea útil para el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios que trabajan con individuos, familias, grupos o comunidades en el entorno de la asistencia sanitaria.

Otros profesionales sanitarios, además de los profesionales de enfermería, utilizan el modelo como marco para la atención, ya que su perspectiva integral acomoda diversos abordajes para la evaluación y el cuidado del paciente. Su abordaje de sistemas y su énfasis en implicar al paciente como participante activo se adaptan muy bien a los valores contemporáneos de la atención sanitaria, como la prevención y la gestión interdisciplinaria de los cuidados.

Accesibilidad

El modelo se ha probado y se usa extensamente como guía para la investigación en enfermería. Los primeros trabajos (Hoffman, 1982; Louis y Koertvelyessy, 1989) aportaron documentación inicial de confirmación empírica. Las pruebas y las mejoras continuadas mediante el trabajo del Research Institute y de investigadores en enfermería independientes aumentarán la precisión empírica del modelo a medida que se siga investigando y se resuman los resultados de múltiples estudios (Gigliotti, 1999, 2003, 2007, 2011; Skalski, DiGerolamo y Gigliotti, 2006).

Importancia

El modelo conceptual de Neuman comprende directrices para los profesionales de enfermería para la evaluación del sistema del paciente, la utilización del proceso de enfermería y la implantación de intervenciones preventivas, todas ellas importantes para administrar los cuidados. El enfoque en la prevención primaria y el cuidado interdisciplinario es una idea futurista y mejora la calidad del cuidado. El proceso de enfermería de Neuman cumple los preceptos sanitarios actuales implicando al paciente activamente en la negociación de los objetivos del cuidado de enfermería (Neuman, 2011b).

Una característica importante del modelo es su potencial para generar teorías de enfermería –por ejemplo, las teorías de la

estabilidad óptima del paciente y de la prevención como intervención (Fawcett, 1995a)–. Los conceptos del modelo son muy importantes para su uso por los profesionales sanitarios en el siglo XXI. Según Fawcett (1989, 1995b), el modelo cumple las consideraciones sociales de coherencia, importancia y utilidad. Es amplio y está basado en sistemas. Se presta bien a un abordaje completo para que los profesionales de enfermería evalúen las pruebas y respondan a las necesidades rápidamente cambiantes de la atención sanitaria en el mundo.

Resumen

El modelo de sistemas de Neuman deriva de la teoría general de sistemas, se enfoca en el paciente como un sistema, un individuo, una familia, un grupo o una comunidad, y en las respuestas del paciente a los factores estresantes. El sistema del paciente comprende cinco variables –fisiológica, psicológica, sociocultural, del desarrollo y espiritual– y se conceptualiza como un núcleo interno (recursos energéticos básicos) rodeado de círculos concéntricos que comprenden las líneas de resistencia, una línea normal de defensa y una línea flexible de defensa. Cada una de las cinco variables se considera en cada uno de los círculos concéntricos. Los factores estresantes son estímulos que producen tensión que pueden ser intra-, inter- o extrapersonales.

El modelo propone tres niveles de intervenciones de enfermería (prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria), basados en los conceptos de Caplan de niveles de prevención (1964). El propósito de la prevención como intervención es conseguir el nivel máximo posible de estabilidad del sistema del paciente. Neuman propone un formato para el proceso de enfermería en el que el paciente, como receptor de los cuidados, participe activamente con el profesional de enfermería como cuidador para establecer los objetivos y seleccionar las intervenciones.

Este modelo ha sido bien aceptado por la comunidad de los profesionales de enfermería y se utiliza en la administración, la práctica, la formación y la investigación. El Neuman Systems Model Trustees Group participa activamente en la protección de la integridad del modelo y en el avance de su desarrollo. Se ha creado

el Neuman Systems Model Research Institute, y está trabajando para generar y comprobar teorías de nivel medio basadas en el modelo.

Caso clínico

Personas y una familia como pacientes

Mila Jefferies es una madre de 36 años con dos niños que se ha quedado viuda recientemente. Sus padres, de edad avanzada, viven en el sudeste de EE. UU. Ella y sus hijos se han trasladado hace poco desde un vecindario urbano a una localidad rural para atender a sus padres, Robert y Susan. El traslado obligó a Mila a cambiar de trabajo, y para los niños supuso un cambio de colegio y una mayor distancia al domicilio de la familia de su padre fallecido. La hija mayor de Mila tiene 5 años de edad y recientemente se le ha diagnosticado un trastorno del espectro autista y dislexia. El hijo pequeño, un niño de 3 años con asma, ha sido difícil de controlar desde el traslado. Robert es un ministro metodista de 72 años de edad que hace poco sufrió un accidente cerebrovascular que le produjo una disminución de la función motora en el lado izquierdo y disfagia. Susan tiene 68 años y sufre fibromialgia, que limita su capacidad para atender las necesidades diarias de su esposo. Susan ha percibido un aumento del dolor generalizado, dificultad para dormir y empeoramiento de la fatiga desde el accidente cerebrovascular de Robert.

Utilice el modelo de sistemas de Neuman como marco conceptual para responder a lo siguiente:

- Describa a la familia Jefferies como un sistema de paciente utilizando las cinco variables.
- ¿Cuáles son los factores de estrés reales y potenciales que amenazan a la familia? ¿Cuáles de estos factores de estrés son positivos y cuáles negativos? Separe los factores de estrés reales y potenciales que amenazan a cada miembro de la familia. ¿Cuáles de estos factores estresantes son positivos y cuáles negativos?
- ¿Qué otros datos de la evaluación de enfermería son necesarios al considerar los diagnósticos médicos de Robert? ¿Qué otros

datos serían de ayuda para los diagnósticos médicos de Susan? ¿Y para cada uno de los niños?
- ¿Qué niveles de intervenciones de prevención son apropiados para la familia Jefferies? Proponga intervenciones de prevención potenciales para cada miembro de la familia.
- Identifique cuáles serían sus prioridades de enfermería si estuviera proporcionando cuidados a esta familia.

Actividades de pensamiento crítico

Comunidad como paciente

Seleccione una organización que conozca y que pueda considerarse una comunidad, en el sentido de que existan interacciones cara a cara y que comparta un conjunto de intereses o valores. Podría ser una iglesia, una organización donde trabaje o un grupo cívico. Utilice el modelo de sistemas de Neuman como marco para analizar la organización como comunidad-paciente y para respaldar la planificación organizativa, de la siguiente forma:

1. ¿Cuál es la estructura básica (centro)? ¿Qué factores de las líneas de resistencia respaldan el *statu quo*? ¿Qué factores de las líneas de defensa apoyan el buen funcionamiento de la organización?
2. ¿Qué factores estresantes, reales o potenciales, pueden alterar la organización como sistema y provocar un cambio?
3. Si las percepciones de los objetivos de los miembros y los líderes difieren, ¿cómo pueden resolverse las diferencias para establecer objetivos mutuos que sean beneficiosos para la organización?
4. ¿Qué estrategias de prevención como intervención apoyarían a la organización para realizar los cambios con éxito?

Referencias para ampliar conocimientos

- Flaherty, K. (2014). Neuman System's Model in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization and application* (5th ed., pp. 200–221). St Louis, MO: Mosby-Elsevier.

- www.neumansystemsmodel.org.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2012). Thoughts about the Neuman systems model: A dialogue. *Nursing Science Quarterly, 25*(4), 374–376.
- Publicaciones de investigación de Neuman, en http://www.neumansystemsmodel.org/NSMdocs/archives.htm.
- Los Neuman Archives conservan y protegen los trabajos relacionados con el modelo. Se guardan en la Neuman College Library en Aston, Pensilvania.
- Neuman, Betty. *Nursing Theorists: Portraits of Excellence,* vol. I. Fitne, Inc., Athens, OH.

Bibliografía

Alligood MR. Introduction to nursing theory: History, terminology and analysis. In: Alligood MR, ed. *Nursing theorists and their work*. 8th ed. St Louis, MO: Mosby; 2014:2–13.

Anderson E, McFarland J, Helton A. Community-as-client: A model for practice. *Nursing Outlook*. 1986;34(5):220–224.

Aronowitz T, Fawcett F. Thoughts about conceptual models of nursing and health policies. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(1):88–91.

Aronowitz T, Fawcett J. Thoughts about social issues. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29(2):173–176.

August-Brady M. Prevention as intervention. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(6):1304–1308.

Bauer JS. The use of stress-reducing techniques in nursing education. *Western Journal of Nursing Research*. 2014;36(10):1386.

Beckman SJ, Boxley-Harges S, Bruick-Sorge C, Harris SM, Hermiz ME, Meininger M, et al. Betty Neuman systems model. In: Marriner Tomey A, ed. *Nursing theorists and their work (*. 3rd ed. St Louis: Mosby; 1994:269–304.

Beckman S, Boxley-Harges S, Bruick-Sorge C, Salmon B. Five strategies that heighten nurses' awareness of spirituality to impact client care. *Holistic Nursing Practice*. 2007;21(3):135–139.

Beckman, S., Lowry, L., & Boxley-Harges, S. (2011). Nursing education at Indiana University/Purdue University Fort Wayne. In B., Neuman, J.,

Fawcett 5th ed., (Eds.), *The Neuman systems model*, 5th ed. (194-215). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Bertalanffy L. *General system theory*. New York: George Braziller; 1968.

Black P, Boore J, Parahoo K. The effect of nurse-facilitated family participation in the physiological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(5):1091–1101.

Bloch, C. (2013a). *Cultural competency intervention program for healthcare workers*. Paper presented at the Fourteenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Vancouver, British Columbia.

Bloch, C. (2013b). *Hispanic nurses' perception of pain assessment and management*. Paper presented at the Fourteenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Vancouver, British Columbia.

Bourdeanu L, Dee V. Assessment of chemotherapy induced nausea and vomiting in women with breast cancer: A Neuman systems model framework. *Research & Theory for Nursing Practice*. 2013;27(4):296–304.

Burnett HM, Crisanti KJ. Nursing services at Allegiance Health. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:267–275.

Burns MA. Nursing education at Loma Linda University. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:177–181.

Capers CF. The Neuman systems model: A culturally relevant perspective. *ABNF Journal*. 1996;7(5):113–117.

Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books; 1964.

Cammuso B, Audrey Silveri A, Remijan P. Nursing education at Anna Maria College. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:182–193.

Couper, J. (2015). *Exploration of the relationship between and among role strain, faculty stress, and organizational support for clinical nurse faculty faced with a decision to assign a failing grade.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest.(Order No. 3689898).

DiJoseph J, Cavendish R. Expanding the dialog on prayer relevant to holistic care. *Holistic Nursing Practice*. 2005;19(4):147–154.

Falk-Rafael AR, Ward-Griffin C, Laforet-Fliesser Y, Beynon C. Teaching nursing students to promote the health of communities; a partnership approach. *Nurse Educator*. 2004;29(2):63–67.

Fawcett J. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis; 1989: (2nd ed., pp. 172–177).

Fawcett J. Constructing conceptual-theoretical-empirical structures for research. In: Neuman B, ed. *The Neuman systems model*. 3rd ed. Norwalk,

CT: Appleton & Lange; 1995:459–471.

Fawcett J. *Neuman's systems model: Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 1995: pp. 217–275.

Fawcett J. Scholarly dialogue. The nurse theorists: 21st-century updates—Betty Neuman. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(3):211–214.

Fawcett J, Carpenito LJ, Efinger J, Goldblum-Graff D, Groesbeck M, Lowry LW, et al. A framework for analysis and evaluation of conceptual models of nursing with an analysis of the Neuman systems model. In: Neuman B, ed. *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1982:30–43.

Fawcett J, Giangrande S. The Neuman systems model and research: An integrative review. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002:120–149.

Fawcett J, Gigliotti E. Using conceptual models to guide nursing research: The case of the Neuman systems' model. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(3):339–345.

Freese BT, Russell J, Neuman B, Fawcett J. Neuman systems model-based practice: Guidelines and practice tools. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:136–152.

Gigliotti E. Women's multiple role stress: Testing Neuman's flexible line of defense. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(1):36–44.

Gigliotti E. The Neuman systems model institute: Testing middle-range theories. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16(3):201–206.

Gigliotti E. Etiology of maternal-student role stress. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17(2):156–164.

Gigliotti E. Improving external and internal validity of a model of midlife women's maternal-student role stress. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(2):161–170.

Gigliotti E. Deriving middle-range theories from the Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:283–298.

Greco RM, Alves de Moura DC, Arreguy-Sena C, Alvarenga Martins N, da Silva Alves M. Labour conditions and the theory of Betty Neuman: Third-party workers of a public university. *Journal of Nursing UPFE*. 2016;10(2):727–735.

Green-Laughlin, D., Davis, B., Montgomery, A., Magee, Z., & Cross, B. (2013). *Caregivers and nurses' support of family members in transition from hospital to nursing home*. Paper presented at the Fourteenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Vancouver, British Columbia.

Groesbeck MJ. Reflections on Neuman systems model-based advanced psychiatric nursing practice. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman*

systems model. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:237–244.

Hemphill, J. C. (2006). Discovering strengths of homeless abused women. *Dissertation Abstracts International*, *66*(7), 3635B. (UMI No. 3180908).

Heyman, P., & Wolfe, S. (2000). Neuman systems model. University of Florida. Retrieved from http://www.patheyman.com/essays/neuman/criticisms.htm.

Hoffman MK. From model to theory construction: An analysis of the Neuman health-care system model. In: Neuman B, ed. *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1982:44–54.

Lee, F-P. (2005). The relationship of comfort and spirituality to quality of life among long-term care facility residents in southern Taiwan. *Dissertation Abstracts International*, *66*(2), 815B.(UMI No. 3163392).

Louis M, Gigliotti E, Neuman B, Fawcett J. Neuman systems model-based research: Guidelines and research instruments. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:160–174.

Louis M, Koertvelyessy A. The Neuman model in research. In: Neuman B, ed. *The Neuman systems model*. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1989:93–114.

Lowry LW. The Neuman systems model and education: An integrative review. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002:216–237.

Lowry LW. A qualitative descriptive study of spirituality guided by the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):356–361.

Lowry LW, Newsome GG. Neuman-based associate degree programs: Past, present, and future. In: Neuman B, ed. *The Neuman systems model*. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995:197–214.

Lyttle, D., Montgomery, A.J., Davis, B.L., Burns, D.P., McGee, Z.T., & Fogel, J. (2015). *The identification of HIV-risk behaviors among minority college students using the Neuman Systems Model*. Poster presented at the Fifteenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Philadelphia, PA.

Manister, N.N. (2012). *Role stress, eating behaviors, and obesity in clergy.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3508841).

Manister, N.N. (2013). *Role stress, eating behavior, and obesity in clergy*. Paper presented at the Fourteenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Vancouver, BC.

Manister N, Gigliotti E. Emotional eating mediates the relationship between role stress and obesity in clergy. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29(2):136–145.

Martin, C. (2015). *Factors influencing nursing students use, misuse & abuse of prescription stimulant medications*. Poster presented at the Fifteenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Philadelphia, PA.

McClure M, Gigliotti E. A medieval metaphor to aid in the use of the Neuman systems model in simulation debriefing. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):318–324.

McDowell, L., Cox-Daveport, R., & Wharton, H. (2015). *Posting worries, a comparative analysis of stressors between professional education majors*. Poster presented at the Fifteenth Biennial Neuman Systems Model Symposium, Philadelphia, PA.

Merks A, Verberk F, de Kuiper M, Lowry L. Neuman systems model in Holland: An update. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):364–368.

Mirenda RM. The Neuman systems model: Description and application. In: Winstead-Fry P, ed. *Case studies in nursing theory*. New York: National League for Nursing; 1986:127–167.

Neuman B. The Betty Neuman health care systems model: A total person approach to patient problems. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1974:119–134.

Neuman B. *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1982.

Neuman B. *The Neuman systems model*. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1989.

Neuman B. *The Neuman systems model*. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995.

Neuman B. The Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002:3–34.

Neuman B. The Neuman systems model definitions. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002:322–324.

Neuman B. Assessment and intervention based on the Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:338–350.

Neuman B. The Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:1–33.

Neuman B. The Neuman systems model definitions. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:327–329.

Neuman B. Trustees of Neuman Systems Model International. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ:

Pearson; 2011:355–358.

Neuman B, Fawcett J. *The Neuman systems model*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002.

Neuman B, Fawcett J. *The Neuman systems model*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011.

Neuman B, Deloughery GW, Gebbie M. *Consultation and community organization in community mental health nursing*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1971.

Neuman B, Lowry L, Fawcett J. Use of the Neuman systems model as a guide for nursing education. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:359–369.

Neuman BM, Young RJ. A model for teaching total person approach to patient problems. *Nursing Research*. 1972;21(3):264–269.

Newman DML. A community nursing center for the health promotion of senior citizens based on the Neuman systems model. *Nursing Education Perspectives*. 2005;26(4):221–223.

Newman DML, Gehrling KR, Lowry L, Taylor R, Neuman B, Fawcett J. Neuman systems model-based education for the health professions: Guidelines and educational tools. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:117–135.

Perls F. *The gestalt approach: Eye witness to therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books; 1973.

Pines EW, Rauschuber ML, Cook JD, Norgan GH, Canchosa L, Richardson C, Jones ME. Enhancing resilience, empowerment, and conflict management among baccalaureate students: Outcomes of a pilot study. *Nurse Educator*. 2014;39(2):85–90.

Randazzo, V.P., Fongwa, M., & Van Dover, L. (2015). *Application of the Neuman systems model to chronic obstructive pulmonary disease*. Paper presented at the Fifteenth Biennial Neuman Systems Model Symposium. Philadelphia, PA.

Rondinelli, J.L. (2014). *Establishing risk for patients with medical device related hospital acquired pressure ulcers in intensive care: A multi-site study.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3619292).

Russell J. The Neuman systems model and clinical tools. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002:61–73.

Selye H. *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott; 1974.

Shah LBI, Torres S, Kannusamy P, Mui Lee Chng C, Hong-Gu H, Klainin-Yobas P. Efficacy of the virtual reality-based stress management program on stress-related variables in people with mood disorders: The

feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(1):6–13.

Shambaugh BF, Neuman B, Fawcett J. Guidelines for Neuman systems model-based administration of health care services. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:153–159.

Skalski CA, DiGerolamo L, Gigliotti E. Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(1):69–78.

Smith-Johnson B, Davis BL, Burns D, Montgomery AJ, McGee ZT. African American wives and perceived stressful experiences: Providing care for stroke survivor spouses. *ABNF Journal*. 2015;26(2):39–42.

Spurr S, Bally J, Ogenchuk M, Walker K. A framework for exploring adolescent wellness. *Pediatric Nursing*. 2012;38(6):320–326.

Talato, K. (2014). *Prevalence and risk factors for pre-hypertension among adults in Burkina Faso.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest.(Order No. 3614164).

Tarko M, Helewka A. Psychiatric nursing education at Douglas College. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:216–220.

Thomas LS, Stephenson N, Swanson M, Jesse DE, Brown S. A pilot study: The effect of healing touch on anxiety, stress, pain, pain medication usage, and physiologic measures in hospitalized sickle cell disease adults experiencing a vaso-occlusive pain episode. *Journal of Holistic Nursing*. 2013;31(4):234–247.

Torres G. *Theoretical foundations of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986.

Ume-Nwagbo PN, Dewan SA, Lowry LW. Using the Neuman systems model for best practices. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19(1):31–35.

Walker LO, Avant K. *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1983.

Williams, J.B. (2015). *Gift and grievances: A hermeneutic phenomenological exploration of the lived experience of being a home hospice nurse.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3691998).

Willis DG, DeSanto-Madeya S, Ross R, Sheehan DL, Fawcett J. Spiritual healing in the aftermath of childhood maltreatment: Translating men's lived experiences utilizing nursing conceptual models and theory. *Advances in Nursing Science*. 2015;38(3):162–174.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Hinton Walker P, Neuman B, eds. *Blueprint for use of nursing models*. New York: National League for Nursing; 1996.

Neuman BM, Walker PH. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration*. New York: National League for Nursing; 1996.

Capítulos de libros

Freese BT, Neuman B, Fawcett J. Guidelines for Neuman systems model-based clinical practice. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 37–42).

Louis M, Neuman B, Fawcett J. Guidelines for Neuman systems model-based nursing research. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 113–119).

Neuman B. The Betty Neuman health care systems model: A total person approach to patient problems. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980: (2nd ed., pp. 119–134).

Neuman B. Analysis and application of Neuman's health care model. In: Clements IW, Roberts FB, eds. *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley; 1983: (239–254, 353–367).

Neuman B. The Neuman systems model explanation: Its relevance to emerging trends toward wholism in nursing. In: Engberg IB, Kuld K, eds. *Omvårdnad 1986 [Nursing care book]. Mullsjö:*. Sweden: Omvårdnad's Forum HB; 1986.

Neuman B. The Neuman nursing process format adapted to a family case study. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1989: (pp. 49–62).

Neuman B. The Neuman systems model: A theory for practice. In: Parker ME, ed. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1990: (pp. 24–26).

Neuman B. In conclusion—Toward new beginnings. In: Neuman B, ed. *The Neuman systems model*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995: (3rd ed., pp. 671–703).

Neuman B. The Neuman systems model. In: Neuman B, ed. *The Neuman systems model*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995: (3rd ed., pp. 3–62).

Neuman B. The Neuman systems model: A futuristic care perspective. In: Chaska NL, ed. *The nursing profession: Tomorrow and beyond*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001: (pp. 321–329).

Neuman B. Assessment and intervention based on the Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 347–359).

Neuman B. Betty Neuman's autobiography and chronology of the development and utilization of the Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 325–346).

Neuman B. The future and the Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 319–321).

Neuman B. The Neuman Systems Model Trustees Group. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 360–363).

Neuman B. The Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 1–33).

Neuman B, Lowry L. The Neuman systems model and the future. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 317–324).

Neuman B, Wyatt M. The Neuman stress/adaptation systems approach to education for nurse administrators. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980: (2nd ed., pp. 142–150).

Newman DML, Neuman B, Fawcett J. Guidelines for Neuman systems model-based education for the health professions. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 193–215).

Artículos de revistas

Neuman B. The Neuman systems model: Its importance for nursing. *Senior Nurse*. 1985, Sept;5(3):20–23.

Neuman B. Health: A continuum based on the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(3):129–135.

Neuman B. The Neuman systems model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(2):67–70.

Neuman B. NDs should be future coordinators of health care (Letter to the Editor). *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30:106.

Neuman B. Leadership-scholarship integration: Using the Neuman systems model for 21st century professional nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(1):60–63.

Neuman B, Chadwick PL, Beynon CE, Craig DM, Fawcett J, Chang NJ, et al. The Neuman systems model: Reflections and projections. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):18–21.

Neuman B, Deloughery GW, Gebbie KM. Teaching organizational concepts to nurses in community mental health. *Journal of Nursing Education*. 1974;13(1):8–14.

Neuman BM, Deloughery GW, Gebbie KM. Changes in problem solving ability among nurses receiving mental health consultation: A pilot study. *Communicating Nursing Research*. 1970;3:41–52.

Neuman BM, Deloughery GW, Gebbie KM. Levels of utilization: Nursing specialists in community mental health. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*. 1970;8(1):37–39.

Neuman BM, Deloughery GW, Gebbie KM. Mental health consultation as a means of improving problem solving ability in work groups: A pilot study. *Comparative Group Studies*. 1972;3(1):81–97.

Neuman B, Fawcett J. Thoughts about the Neuman systems model: A dialogue. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):372–376.

Neuman BM, Martin KS. Neuman systems model and the Omaha system. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(1):8.

Neuman B, Newman DML, Holder P. Leadership-scholarship integration: Using the Neuman systems model for 21st-century professional nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(1):60–63.

Neuman B, Reed KS. A Neuman systems model perspective on nursing in 2050. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(2):111–113.

Neuman B, Wyatt MA. Prospects for change: Some evaluative reflections by faculty members from one articulated baccalaureate program. *Journal of Nursing Education*. 1981;20(1):40–46.

Fuentes secundarias

Libros

Fawcett J. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1989.

Fawcett J. *The relationship of theory and research*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 1999.

Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 2000.

Lowry LW. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching*

strategies and outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau International. Indianapolis, Center Nursing Press; 1998.

Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1997.

Reed KS. *Betty Neuman: The Neuman systems model*. Newbury Park, CA: Sage; 1993.

Capítulos de libros

Alyward PD. Betty Neuman's systems model. In: Parker ME, Smith MC, eds. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis; 2010: (3rd ed., pp. 182–201).

Amaya MA. The Neuman systems model and clinical practice: An integrative review 1974-2000. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 43–60).

Beckman SJ, Boxley-Harges S, Bruick-Sorge C, Eichenaur J. Critical thinking, the Neuman systems model, and associate degree education. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 53–58).

Beckman SJ, Boxley-Harges S, Bruick-Sorge C, Eichenaur J. Evaluation modalities for assessing student and program outcomes. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 149–160).

Breckenridge DM. The Neuman systems model and evidence-based nursing practice. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 245–252).

Breckenridge DM. Using the Neuman systems model to guide nursing research in the United States. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 176–182).

Busch P, Lynch M. Creative teaching strategies in a Neuman-based baccalaureate curriculum. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 59–70).

Cammuso BS, Wallen AJ. Using the Neuman systems model to guide nursing education in the United States. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 244–253).

Chang NJ, Freese BT. Teaching culturally competent care: A Korean-American experience. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and*

nursing education: Teaching strategies and outcomes. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 85–90).

Chaponniere PA. Acculturation, pregnancy-related stress and birth outcomes in Mexican and Mexican-American women. *Dissertation Abstracts International*. 2010;71B(04).

Crawford JA, Tarko M. Using the Neuman systems model to guide nursing practice in Canada. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 90–110).

de Kuiper M. Using the Neuman systems model to guide nursing education in Holland. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 254–262).

de Kuiper M. The created environment. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (5th ed., pp. 100–104).

Evans B. Fourth-generation evaluation and the Neuman systems model. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 117–128).

Fashinpaur D. Using the Neuman systems model to guide nursing practice in the United States: Nursing prevention interventions for postpartum mood disorders. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 74–89).

Fawcett J. Neuman systems model bibliography. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 364–400).

Fawcett J, Giangrande SK. The Neuman systems model and research: An integrative review. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 120–149).

Freese BT, Lawson TG. Betty Neuman: Systems model. In: Alligood MR, Marriner Tomey A, eds. *Nursing theorists and their work*. St Louis: Mosby Elsevier; 2011: (7th ed., pp. 309–334).

Freese BT, Scales CJ. NSM-based care as an NLN program evaluation outcome. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 135–139).

Frieburger OA. The Neuman systems model, critical thinking, and cooperative learning in a nursing issues course. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 79–84).

Frieburger OA. Overview of strategies that integrate the Neuman systems model, critical thinking, and cooperative learning. In: Lowry L, ed. *The*

Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 31–36).

Freiburger OA. Critical thinking. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 105–114).

Gehrling KR. Reconstitution. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 89–99).

Geib K. Neuman system's model in nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. St Louis, MO: Mosby-Elsevier; 2010: (4th ed., pp. 235–260).

Gigliotti E, Fawcett J. The Neuman systems model and research instruments. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 150–175).

Hassell JS. Critical thinking strategies for family and community client systems. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 71–78).

Jajic A, Andrews H, Winson Jones C. The client system as family, group, or community. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 70–88).

Kinder L, Napier D, Rubertino M, Surace A, Burkholder J. Utilizing the Neuman systems model to maintain and enhance the health of a nursing service: Riverside Methodist Hospital. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 276–280).

Kolcaba K, Kolcaba R. Linking middle-range theories with the Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 299–313).

Lowry LW. Creative teaching and effective evaluation. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 17–30).

Lowry LW. Efficacy of the Neuman systems model as a curriculum framework: A longitudinal study. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 139–148).

Lowry LW. Vision, values, and verities. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 167–174).

Lowry LW, Bruick-Sorge C, Freese BT, Sutherland R. Development and renewal of faculty for Neuman-based teaching. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 161–166).

McDowell B. Using the Neuman systems model to guide pediatric nursing practice. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 223–236).

Merks A, van Tilburg C, Lowry L. Excellence in practice. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 253–264).

Munck CK, Merks A. Using the Neuman systems model to guide administration of nursing services in Holland: The case of Emergis, institute for mental health care. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 300–316).

Newsome GG, Lowry LW. Evaluation in nursing: History, models, and Neuman's framework. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 37–52).

Nuttall PR, Stittich EM, Flores FC. The Neuman systems model in advanced practice nursing. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 109–116).

Pothiban L. Using the Neuman systems model to guide nursing research in Thailand. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 183–190).

Reed KS. The Neuman systems model and educational tools. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 238–243).

Sanders NF, Kelley JA. The Neuman systems model and administration of nursing services: An integrative review. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 271–287).

Seng VS. Clinical evaluation: The heart of clinical performance. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 129–134).

Strickland-Seng V. Clinical evaluation: The heart of clinical performance. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International. Indianapolis, Center Nursing Press; 1998: (pp. 129–134).

Sutherland R, Forrest DL. Primary prevention in an associate of science curriculum. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 99–108).

Tarko M, Helewka A. The client system as an individual. In: Neuman B,

Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011: (pp. 37–69).

Torakis ML. Using the Neuman systems model to guide administration of nursing services in the United States: Redirecting nursing practice in a freestanding pediatric hospital. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002: (4th ed., pp. 288–299).

Weitzel AR, Wood KC. Community health nursing: Keystone of baccalaureate education. In: Lowry L, ed. *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1998: (pp. 91–98).

Artículos de revistas

Angosta AD, Ceria-Ulep CD, Tse AM. Care delivery for Filipino Americans using the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27(2):142–148.

Bachman AO, Danuser B, Morin D. Developing a theoretical framework using a nursing perspective to investigate perceived health in the "sandwich generation" group. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(4):308–318.

Baldacchino D, Torskenaes K, Kalfoss M, Borg J, Tonna A, Debattisata C, et al. Spiritual coping in rehabilitation—a comparative study: Part 1. *British Journal of Nursing*. 2013;22(4):228–232.

Baldacchino D, Torskenaes K, Kalfoss M, Borg J, Tonna A, Debattisata C, Decelis N, et al. Spiritual coping in rehabilitation—a comparative study: Part 2. *British Journal of Nursing*. 2013;22(7):402–408.

Baumann SL. What's wrong with the concept self-management? *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):362–363.

Beckman SJ, Boxley-Harges SL, Kaskel BL. Experience informs: Spanning three decades with the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):341–346.

Bourdeanu L, Dee V. Assessment of chemotherapy-induced nausea and vomiting in women with breast cancer: A Neuman systems model framework. *Research & Theory for Nursing Practice*. 2013;27(4):296–304.

Clarke PN, Lowry L. Dialogue with Lois Lowry: Development of the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):332–335.

Cobb RK. How well does spirituality predict health status in adults living with HIV-disease: A Neuman systems model study. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):347–355.

DaG H, Kavlak O, Sirin A. Neuman systems model and infertility stressors: Review. *Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri*. 2014;6(2):121–128.

Florczak K, Poradzisz M, Hampson S. Nursing in a complex world: A case for grand theory. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):307–312.

Gigliotti E. New advances in the use of Neuman's lines of defense and resistance in quantitative research. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):336–340.

Hammonds LS. Implementing a distress screening instrument in a university breast cancer clinic. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(5):491–496.

Huth JJ, Eliades A, Handwork C, Englehart JL, Messenger J. Shift worked, quality of sleep, and elevated body mass index in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 2013;28(6):e64–e73.

Kuar S, Kuar B. A descriptive study to assess the awareness of the women regarding cervical cancer. *International Journal of Nursing Education*. 2012;4(1):66–68.

Lee Q. Application of Neuman's system model on the management of a patient with asthma. *Singapore Nursing Journal*. 2014;41(1):20–25.

Manister N, Gigliotti E. Emotional eating mediates the relationship between role stress and obesity in clergy. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29(2):136–145.

McClure M, Gigliotti E. A medieval metaphor to aid use of the Neuman systems model in simulation debriefing. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):318–324.

Morrow MR. Organizational stressors. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25(4):377.

Olowokere AE, Okanlawon FA. Application of Neuman systems model to psychosocial support of vulnerable school children. *West African Journal of Nursing*. 2015;26(1):14–25.

Piacentine LB. Spirituality, religiosity, depression, anxiety, and drug-use consequences during methadone maintenance therapy. *Western Journal of Nursing Research*. 2013;35(6):795–814.

Shah LBI, Torres S, Kannusamy P, Mui Lee Chng C, Hong-Gu H, Klainin-Yobas P. Efficacy of the virtual reality-based stressed management program on stress-related variables in people with mood disorders: The feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(1):6–13.

Thomas LS, Stephenson N, Swanson M, Jesse DE, Brown S. A pilot study: The effect of healing touch on anxiety, stress, pain, pain medication usage, and physiologic measures in hospitalized sickle cell disease adults experiencing a vaso-occlusive pain episode. *Journal of Holistic Nursing*. 2013;31(4):234–247.

Turner SB, Kaylor SD. Neuman systems model as a conceptual framework for nurse resilience. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(3):213–217.

Tesis doctorales

Bynum, D. (2012). *The development and testing of the codependency-overeating model in undergraduate social science students in a Mississippi college*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3529677).

Davis, P.A. (2012). *The relationship of sensory impairment and risk factors for falls in long term care elders*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3587476).

Huggins, S.E. (2012). *Promoting successful nursing retention using orientation programs*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest.(Order No. 3508892).

Ioli, J.G. (2015). *Basic social processes of primary care outpatient staff registered nurses*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3701054).

Lyttle, D. (2014). *The identification of HIV-risk behaviors among minority college students using the Neuman systems model.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3672349).

Manister, N. (2012). *Role stress, eating behaviors, and obesity in clergy.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3508841).

Monahan, J.C. (2012). *Perioperative experiences of adolescents.* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3517560).

Ngangana, P.C. (2014). *Intra-family stressors among adult siblings sharing caregiving for parents*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3672353).

Njoku, G.U. (2015). *The impact of caring for seniors on the caregiver's stress level*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest.(Order No. 3687251).

Owens, A. (2014). *Comparing nurse job satisfaction between different work environments*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3646160).

Rideout, L.C. (2012). *Nurses' perceptions of barriers and facilitators affecting the shaken baby syndrome education initiative: An exploratory study of a Massachusetts public policy*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest.(Order No. 3539211).

Roojanavech, S. (2012). *Spirituality and early sexual initiation among Thai adolescents*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3523206).

Smith-Johnson, B.A. (2013). *Perceived stress of African American family caregivers of stroke survivors*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3561679).

Yau, C.Y. (2013). *The effects of nurse-initiated early pain management program (NIEPMP) for acute back pain in emergency medicine ward: A randomized*

controlled trial. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest. (Order No. 3586798).

[*] Autoras anteriores: Barbara T. Freese, Sarah J. Beckman, Sanna Boxley-Harges, Cheryl Bruick-Sorge, Susan Matthews Harris, Mary E. Hermiz, Mary Meininger y Sandra E. Steinkeler.

Créditos de la fotografía: www.neumansystemsmodel.org.

17

Modelo de adaptación

Kenneth D. Phillips

Robin Harris[*]

«Dios se revela íntimamente en la diversidad de la creación y es el destino común de la creación; las personas utilizan las capacidades creativas humanas de conciencia, esclarecimiento y fe, y son responsables del proceso de derivar, conservar y transformar el universo.»

(Roy, 2000, pág. 127)

Sor Callista Roy
(1939-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Sor Callista Roy, miembro de las Hermanas de San José de Carondelet, nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles (California). En 1963 se diplomó en Enfermería en el Mount Saint Mary's College de Los Ángeles, y en 1966 hizo un máster en enfermería en la University of California, Los Ángeles. Después de finalizar sus estudios de Enfermería, inició su formación en Sociología en la University of California, donde realizó un máster en 1973 y obtuvo un doctorado en 1977.

Mientras realizaba el doctorado, en un seminario se le pidió que desarrollase un modelo conceptual de enfermería junto con Dorothy E. Johnson. Cuando trabajaba como enfermera pediátrica,

Roy observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad de adaptación en respuesta a cambios físicos y psicológicos importantes. Le impactó su nivel de adaptación como un marco conceptual adecuado para la enfermería. Roy desarrolló los conceptos básicos del modelo cuando aún estaba estudiando en la University of California, Los Ángeles, de 1964 a 1966. Empezó a aplicar su modelo en 1968, cuando el Mount Saint Mary's College adoptó el marco de adaptación como base filosófica para el plan de estudios de enfermería. El modelo de adaptación de Roy se presentó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la *Nursing Outlook* titulado «Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing» (Roy, 1970).

Roy fue profesora asociada y presidenta del Departamento de Enfermería del Mount Saint Mary's College hasta 1982. En 1983 ascendió a la categoría de profesora en el Mount Saint Mary's College y en la University of Portland, Oregón. Colaboró e impartió clases en un curso de verano de máster en la University of Portland. De 1983 a 1985 obtuvo una beca Robert Wood Johnson de posdoctorado en la University of California, San Francisco, como investigadora de enfermería clínica en neurociencia. Durante este período llevó a cabo una investigación sobre las intervenciones de los profesionales de enfermería para la recuperación cognitiva en casos de lesiones cerebrales y sobre la influencia de los modelos de enfermería en la toma de decisiones clínicas. En 1987 ocupó el puesto de enfermera teórica, entonces de reciente creación, en el Boston College School of Nursing.

Roy ha publicado un gran número de libros, capítulos y artículos periódicamente, además de impartir numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría de la adaptación en enfermería (Roy y Andrews, 1991). En su libro *The Roy Adaptation Model*, de 1999, publicó la revisión y la reformulación del modelo de adaptación de Roy (Roy y Andrews, 1999).

Roy es miembro del Sigma Theta Tau y en 1981 recibió el Premio National Founder's Award for Excellence in Fostering Professional Nursing Standards. Entre sus logros se cuentan un doctorado *honoris causa* en Letras por el Alverno College (1984), un doctorado *honoris causa* por la Eastern Michigan University (1985) y otro por el Saint Joseph's College en Maine (1999), y un Premio al Libro del

Año de la *American Journal of Nursing* por *Essentials of the Roy Adaptation Model* (Andrews y Roy, 1986). Ha sido incluida en el *World Who's Who of Women* (1979) y en *Personalities of America* (1978); es miembro de la American Academy of Nursing desde 1978; recibió un Premio Fulbright Senior Scholar de la Australian-American Educational Foundation (1989) y un Premio Martha Rogers Award for Advancing Nursing Science de la National League for Nursing (1991). También ha recibido el Premio Outstanding Alumna y la prestigiosa medalla Carondelet de su *alma mater*, Mount Saint Mary's. La American Academy of Nursing la honró por sus extraordinarios logros a lo largo de su vida reconociéndola como una leyenda viva (2007).

Fuentes teóricas

En el origen del modelo de adaptación de Roy para la enfermería se puede identificar la mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales hasta las conductuales (Roy, 1984). En la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas adaptativas son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación (Roy, 1984). Un estímulo es cualquier factor que provoca una respuesta. Los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como del externo (Roy, 1984). El nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinado de tres tipos de estímulos:

1. **Estímulos focales** son los que se enfrentan inmediatamente al individuo.
2. **Estímulos contextuales** son los demás estímulos presentes que contribuyen al efecto de los estímulos focales.
3. **Estímulos residuales** son factores del entorno cuyos efectos no están claros en una situación determinada.

A partir del trabajo de Helson se desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa. Según la teoría de Helson, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios del entorno (Roy y Roberts, 1981).

Roy (Roy y Roberts, 1981) combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema que dio Rapoport, que veía a la persona como un sistema de adaptación. Con la teoría de la adaptación de Helson como base, Roy (1970) desarrolló y mejoró el modelo con los conceptos y teorías de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye. Roy otorgó un reconocimiento especial a sus coautoras, Driever, por haber señalado las subdivisiones de la autointegridad, y Martínez y Sato, por haber identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en el modo de vivir. También elaboraron los conceptos otros colaboradores. Poush-Tedrow y Van Landingham hicieron contribuciones al modo de interdependencia, y Randell contribuyó al modo de la función del rol.

Tras desarrollar su modelo, Roy lo presentó como un marco para la práctica, la investigación y la formación en enfermería. Roy (1971) ha afirmado que más de 1.500 facultades y estudiantes contribuyeron al desarrollo teórico del modelo de adaptación. Presentó el modelo como marco curricular a una gran audiencia en la Nurse Educator Conference de 1977 en Chicago (Roy, 1979). Y en 1987 se calculó que más de 100.000 profesionales de enfermería de EE. UU. y Canadá se habían formado para la práctica de su profesión utilizando el modelo de Roy.

En *Introduction to Nursing: An Adaptation Model* (1976a), Roy analizó los modos del autoconcepto y de la identificación con un grupo. Roy et al. citaron el trabajo de Coombs y Snygg sobre la coherencia propia del individuo y sobre los factores que más influyen en el autoconcepto (Roy, 1984). También se citaron teorías de interacción social para aportar una base teórica. Por ejemplo, Roy (1984) destaca que Cooley (1902) teoriza que la autopercepción se ve influida por la percepción de las respuestas de los otros individuos, lo que se denomina el «yo especular». Señala que Mead amplía la idea al formular una hipótesis en que la autovaloración hace referencia al otro generalizado. Ella construye sobre la sugerencia de Sullivan de que la personalidad se forma por medio de la interacción social (Roy, 1984). Gardner y Erickson apoyan los abordajes del desarrollo de Roy (Roy, 1984). Los otros modos de adaptación (fisiológico-físico, función del rol e interdependencia) se elaboraron de forma similar a la biología y las ciencias de la conducta para conocer mejor al individuo.

El modelo siguió desarrollándose a finales del siglo XX y en el siglo XXI. Estos avances consisten en afirmaciones científicas y filosóficas actualizadas; una redefinición de la adaptación y de los niveles de adaptación; la ampliación de los modos de adaptación al desarrollo de conocimientos a nivel del grupo, y el análisis, la crítica y la síntesis de los primeros 25 años de investigación basada en el modelo de adaptación de Roy. Roy está de acuerdo con otros teóricos que creen que los cambios que se producen en los sistemas de la persona y de su entorno en el mundo son tan extensos que una gran época está llegando a su fin (Davies, 1988; De Chardin, 1966). La era cenozoica, la era de los mamíferos, se extendió durante 67 millones de años y fue un tiempo de gran creatividad, en el que apareció la vida humana en la Tierra. En aquel momento, la especie humana tenía muy poca o ninguna influencia sobre el universo (Roy, 1997). «Cuando esta era finalizó, la especie humana ya tenía un amplio control sobre el sistema de vida terrestre. Roy reivindica que ahora estamos en la posición de decidir en qué tipo de universo vamos a vivir» (Roy, 1997, pág. 42). Roy «ha convertido en el centro de las afirmaciones para el siglo XXI la autoorganización mutua y compleja del individuo y su entorno, y un destino significativo para la convergencia del universo, las personas y el entorno en el que pueda considerarse la presencia de un ser supremo o de Dios» (Roy y Andrews, 1999, pág. 395). Según Roy (1997), «las personas coexisten con su entorno físico y social» (pág. 43) y «comparten un destino con el universo y son responsables de mutuas transformaciones» (Roy y Andrews, 1999, pág. 395). Los avances del modelo que se vincularon con la relación integral entre la persona y el entorno se han visto influidos por la ley de la complejidad progresiva y el aumento de la conciencia de Pierre Teilhard De Chardin (1959, 1965, 1966, 1969), y por el trabajo de Swimme y Berry (1992).

Principales conceptos y definiciones

Sistema

Un **sistema** es «un conjunto de partes conectadas para actuar como

un todo, con un objetivo, y en virtud de la interdependencia de sus partes» (Roy y Andrews, 1999, pág. 32). Además de verse como un todo y como las partes que se relacionan entre sí, «los sistemas también tienen entradas, salidas y procesos de control y de retroalimentación» (Andrews y Roy, 1991, pág. 7).

Nivel de adaptación

«El **nivel de adaptación** representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como integrado, compensatorio y comprometido» (Roy y Andrews, 1999, pág. 30). El nivel de adaptación de una persona es «un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar propio de la persona de la gama de estímulos a los que puede reaccionar con respuestas normales de adaptación» (Roy, 1984, págs. 27-28).

Problemas de adaptación

Los **problemas de adaptación** son «áreas amplias de interés relacionadas con la adaptación que describen las dificultades relacionadas con los indicadores de la adaptación positiva» (Roy y Andrews, 1999, pág. 65). Roy (1984) afirma: «En este punto, puede observarse que la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos de enfermería se basa en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos de enfermería, sino como áreas de interés para los profesionales de enfermería en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (en cada uno de los modos de adaptación)» (págs. 89-90).

Estímulos focales

El **estímulo focal** es «el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

Estímulos contextuales

Los **estímulos contextuales** «son todos los demás estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto del estímulo focal» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31), es decir, «los

estímulos contextuales son todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, pero no ocupan el centro de atención y/o de la energía de la persona» (Andrews y Roy, 1991, pág. 9).

Estímulos residuales

Los **estímulos residuales** «son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan efectos poco definidos en la situación actual» (Roy y Andrews, 1999, pág. 32).

Procesos de afrontamiento

Los **procesos de afrontamiento** «son formas innatas o adquiridas de interactuar con el entorno cambiante» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

Mecanismos de afrontamiento innatos

Los **mecanismos de afrontamiento innatos** «están determinados genéticamente o son comunes a las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos ni siquiera tienen que pensar en ellos» (Roy y Andrews, 1999, pág. 46).

Mecanismos de afrontamiento adquiridos

Los **mecanismos de afrontamiento adquiridos** «se desarrollan por medio de estrategias, como el aprendizaje. Las experiencias de la vida contribuyen a presentar respuestas habituales ante estímulos particulares» (Roy y Andrews, 1999, pág. 46).

Subsistema regulador

El **subsistema regulador** es «un proceso de afrontamiento importante en el que participan los sistemas neural, químico y endocrino» (Roy y Andrews, 1999, pág. 32).

Subsistema relacionador

El **subsistema relacionador** es «un proceso de afrontamiento importante en el que participan cuatro canales cognitivos y emotivos: perceptivo y de procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

Respuestas de adaptación

Las **respuestas de adaptación** son las que «fomentan la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

Respuestas ineficaces

Las **respuestas ineficaces** son las que «no contribuyen a la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

Proceso vital integrado

El **proceso vital integrado** se refiere al «nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital como un todo, con el fin de cubrir las necesidades humanas» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31).

Modo fisiológico-físico

El **modo fisiológico-físico** «está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos» (Roy y Andrews, 1999, pág. 102). En el modo fisiológico-físico se han identificado cinco necesidades con respecto a la necesidad básica de la integridad fisiológica: 1) oxigenación; 2) nutrición; 3) eliminación; 4) actividad y reposo, y 5) protección. Los procesos complejos que comprenden los sentidos, el equilibrio hídrico, electrolítico y acidobásico, la función neurológica y la función endocrina contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo fisiológico-físico es la integridad fisiológica (Roy y Andrews, 1999). El modo físico es «la manera en la que el sistema de adaptación humano colectivo manifiesta su adaptación con respecto a las fuentes operativas básicas, los

participantes, las instalaciones físicas y los recursos económicos» (Roy y Andrews, 1999, pág. 104). La necesidad básica del modo físico es la integridad operativa.

Modo del autoconcepto-identidad de grupo

El **modo de autoconcepto-identidad de grupo** es uno de los tres modos psicosociales y «se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica que subyace al modo del autoconcepto individual se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir con un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo» (Roy y Andrews, 1999, pág. 107). «El autoconcepto se define como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene sobre sí mismo en un momento determinado, y se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los otros» (Roy y Andrews, 1999, pág. 107). Sus componentes son: 1) el yo físico, que engloba las sensaciones y la imagen corporal, y 2) el yo personal, que está formado por la autocoherencia, el ideal de uno mismo o las expectativas, y el yo moral, ético y espiritual. El modo de identidad de grupo refleja «cómo las personas se perciben a sí mismas en los grupos según la retroalimentación del entorno. Se compone de las relaciones interpersonales, la autoimagen del grupo, el entorno social y la cultura» (Roy y Andrews, 1999, pág. 108). La necesidad básica del modo de identidad de grupo es la integridad de la identidad (Roy y Andrews, 1999).

Modo de función del rol

El **modo de función del rol** «es uno de los dos modos sociales y se centra en los roles que desempeña la persona en la sociedad. Un rol, como unidad de funcionamiento de la sociedad, se define como un conjunto de expectativas sobre cómo una persona que ocupa una posición se comporta con otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica que subyace al modo de la función del rol se ha identificado como la integridad social: la necesidad de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así poder actuar» (Hill y Roberts, 1981, págs. 109-110). Las personas desempeñan roles

primarios, secundarios y terciarios. Estos roles se llevan a cabo a través de las conductas instrumental y expresiva. La conducta instrumental es «la ejecución física real de una conducta» (Andrews, 1991, pág. 348). Las conductas expresivas son «los sentimientos, actitudes, gustos y aversiones que tiene una persona hacia un rol o hacia su desempeño» (Andrews, 1991, pág. 348).

«El rol primario determina la mayor parte de la conducta de una persona en un período concreto de su vida. Está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo.»

(Andrews, 1991, pág. 349)

«Los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea asociada a una etapa del desarrollo y al rol primario.»

(Andrews, 1991, pág. 349)

«Los roles terciarios están relacionados principalmente con los secundarios y representan las formas en que los individuos cumplen con las obligaciones asociadas a sus roles… Normalmente, los roles terciarios son temporales, el individuo los escoge libremente y pueden comprender actividades como clubes sociales o aficiones personales.»

(Andrews, 1991, pág. 349)

Los roles principales que uno desempeña pueden analizarse imaginando una estructura en forma de árbol. El tronco del árbol es el rol primario, o nivel de desarrollo (p. ej., una mujer adulta con hijos), los roles secundarios son las ramas que salen del tronco (p. ej., esposa, madre y profesora) y los roles terciarios son ramas que salen de los roles secundarios (p. ej., el rol de una madre que ocupa el puesto de presidenta de la asociación de padres y profesores durante un tiempo determinado). Cada uno de estos roles se desempeña en una relación diádica, es decir, con un rol recíproco (Roy y Andrews, 1999).

Modo de interdependencia

«El modo de interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo… Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidades, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.»

(Roy y Andrews, 1999, pág. 111)

La necesidad básica de este modo se denomina integridad relacional (Roy y Andrews, 1999).

«Dos relaciones específicas forman el foco del modo de interdependencia, ya que se aplica a los individuos. La primera es con los otros individuos significativos, las personas más importantes para el individuo. La segunda es con los sistemas de apoyo, es decir, los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia.»

(Roy y Andrews, 1999, pág. 112)

Se han identificado dos áreas principales de las conductas de interdependencia: las conductas receptiva y contributiva, que se aplican, respectivamente, al hecho de «recibir y ofrecer amor, respeto y valores en las relaciones de interdependencia» (Roy y Andrews, 1999, pág. 112).

Percepción

«La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente» (Pollock, 1993, pág. 169). La percepción une el regulador con el relacionador y enlaza los modos de adaptación (Rambo, 1983).

Uso de datos empíricos

Desde su inicio, el modelo de adaptación de Roy se ha apoyado en la investigación, en la práctica y en la formación (Brower y Baker, 1976; Farkas, 1981; Mastal y Hammond, 1980; Meleis, 1985; 2007; Roy, 1980; Roy y Obloy, 1978; Wagner, 1976). En 1999 (Roy y Andrews, 1999), un grupo de siete investigadores que trabajaban con Roy realizaron un metaanálisis, la crítica y la síntesis de 163 estudios basados en este modelo que se habían publicado en 44 revistas de habla inglesa en cinco continentes, además de tesis redactadas en EE. UU. De estos 163 estudios, 116 cumplían los criterios establecidos para evaluar las propuestas del modelo. Se extrajeron 12 propuestas genéricas basadas en el trabajo inicial de Roy. Con el fin de sintetizar la investigación, los resultados de cada estudio se usaron para plantear propuestas auxiliares y prácticas, y se examinó la base de las propuestas. De las 265 propuestas evaluadas, se apoyaron 216 (82%). Roy (2011a) presentó una revisión exhaustiva de las investigaciones basadas en el modelo de adaptación de los últimos 25 años en *Nursing Science Quarterly*. La publicación completa está dedicada a rendir un homenaje a Callista Roy y al trabajo de toda su vida.

Principales premisas

Los supuestos surgidos de la teoría de sistemas y los surgidos de la teoría del nivel de adaptación se han unido en un mismo conjunto de supuestos científicos. Según la teoría de sistemas, los sistemas humanos de adaptación se consideran partes interactivas que actúan juntas con un fin. Los sistemas humanos de adaptación son complejos, con multifacetas, y reaccionan ante millones de estímulos del entorno para conseguir la adaptación. A través de su capacidad para adecuarse a los estímulos del entorno, los seres humanos pueden crear cambios en él (Roy y Andrews, 1999). Seleccionando las características ofrecidas por Swimme y Berry de la creación de la espiritualidad (1992), Roy combinó los supuestos del humanismo y de la verdad en un mismo conjunto de supuestos filosóficos. El humanismo afirma que las experiencias individuales y de la raza humana son esenciales para conocer y valorar, y que

comparten el poder creativo. La verdad afirma la creencia en la finalidad, el valor y el significado de toda la vida humana. Estos supuestos científicos y filosóficos se han revisado para utilizar el modelo en el siglo XXI (cuadro 17.1).

Cuadro 17.1 Revisión básica de los supuestos para el uso de los conceptos en el siglo XXI

Supuestos científicos

- Los sistemas de materia y energía progresan hacia niveles más elevados de autoorganización compleja
- La conciencia y el significado son constitutivos de la persona y la integración del entorno
- La conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el pensamiento y el sentimiento
- Los seres humanos, con sus decisiones, son responsables de la integración de los procesos creadores
- El pensamiento y el sentimiento median en la acción humana
- Las relaciones del sistema comprenden la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia
- Las personas y el mundo tienen modelos comunes y relaciones integrales
- Las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana
- La integración de los significados del ser humano y del entorno da lugar a la adaptación

Supuestos filosóficos

- Las personas se relacionan mutuamente con el mundo y con Dios
- El significado de la existencia humana se basa en un punto de convergencia ω del universo
- Dios se revela, en última instancia, en la diversidad de la creación y es el destino común de la creación

- Las personas usan las capacidades humanas creativas de conciencia, esclarecimiento y fe
- Las personas son responsables de los procesos de derivación, preservación y transformación del universo

Tomado de Roy, Sister Callista; Andrews, Heather A., THE ROY ADAPTATION MODEL, 2nd Ed., ©1998. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., New York, New York.

Adaptación

Roy ha definido el concepto de adaptación con más detalle para que pueda utilizarse en el siglo XXI (Roy y Andrews, 1999). Para ella, la **adaptación** se refiere «al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o en grupos, son conscientes y escogen integrar el ser humano con su entorno» (Roy y Andrews, 1999, pág. 30). Más allá de ser un sistema humano que simplemente se esfuerza para responder ante los estímulos del entorno con el fin de mantener su integridad, cada vida humana tiene una función en un universo creador, y las personas no se pueden separar de su entorno.

Enfermería

Roy define ampliamente la **enfermería** como «una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos y patrones de la vida humana, y destaca la promoción de la salud de los individuos, las familias, los grupos y la sociedad como un todo» (Roy y Andrews, 1999, pág. 4). En concreto, Roy define la enfermería, de acuerdo con su modelo, como la ciencia y la práctica que amplían la capacidad de adaptación y mejoran la transformación de la persona y del entorno. Identifica las actividades de enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Los juicios de enfermería se basan en este análisis, y las intervenciones se programan para gestionar los estímulos (Roy y Andrews, 1999). Diferencia la enfermería como ciencia de la enfermería como disciplina práctica. La ciencia de la enfermería es «un sistema de desarrollo del conocimiento sobre las personas, que observa, clasifica y relaciona

los procesos a través de los cuales las personas influyen de manera positiva en su estado de salud» (Roy, 1984, págs. 3-4). «La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para proporcionar un servicio esencial a las personas, es decir, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva» (Roy, 1984). «La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno –para fomentar la adaptación–» (Andrews y Roy, 1991, pág. 20)

Según Roy, el objetivo de la enfermería es «fomentar la adaptación de los individuos y de los grupos en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a la salud, la calidad de vida y la muerte digna» (Roy y Andrews, 1999, pág. 19). La enfermería cumple una función única, ya que facilita la adaptación al analizar la conducta en cada uno de los cuatro modos de adaptación y los factores que influyen en ella, y al intervenir para fomentar las capacidades adaptativas y para mejorar las interacciones con el entorno (Roy y Andrews, 1999).

Persona

Según Roy, los seres humanos son sistemas integrales y adaptables. «Como todo sistema adaptable, el sistema humano se describe como un todo, con partes que actúan como una unidad con una finalidad concreta. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, que son las familias, las organizaciones, las comunidades y la sociedad como un todo» (Roy y Andrews, 1999, pág. 31). A pesar de la gran diversidad, a todas las personas las une un destino común (Roy y Andrews, 1999). «Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por lo que se ajustan de manera eficaz a los cambios del entorno y, a su vez, influyen en él» (Roy y Andrews, 1999, pág. 36). Las personas y el mundo tienen patrones comunes y comparten relaciones y significado (Roy y Andrews, 1999). Roy (Roy y Andrews, 1999) definió a la persona como el foco principal de la enfermería; el receptor de los cuidados de enfermería; un sistema de adaptación vivo y complejo con procesos internos (relacionador y regulador) que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de

adaptación (fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia).

Salud

«La salud es un estado y un proceso de ser y de convertirse en una persona integrada y completa. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interacción entre la persona y su entorno» (Andrews y Roy, 1991, pág. 21). Roy (1984) extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integridad fisiológica, psicológica y social, y de que la integración implica un estado intacto que lleva a la unidad. En su primer trabajo, Roy tenía una visión de la salud como un continuo que oscilaba entre la muerte y una salud extremadamente mala, hasta un nivel elevado y máximo de bienestar (Brower y Baker, 1976). A finales de los años noventa, los escritos de Roy se centraron más en la salud como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir (Roy y Andrews, 1999). Teniendo en cuenta lo expuesto por Illich (1974, 1976), Roy escribe: «La salud no es la ausencia de la inevitabilidad de la muerte, la enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad para afrontarlos de forma eficaz» (Roy y Andrews, 1999, pág. 52).

La salud y la enfermedad coexisten y conforman una dimensión inevitable de la experiencia de vida completa de una persona (Riehl y Roy, 1980). La enfermería se ocupa de esta dimensión. La enfermedad es el resultado de la ineficacia de los mecanismos de afrontamiento. La salud se mantiene cuando los seres humanos se adaptan de forma continuada. Cuando las personas se adaptan a los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante otros estímulos. La liberación de energía que tiene lugar durante los intentos de afrontamiento ineficaces puede promover la curación y mejorar la salud (Roy, 1984).

Entorno

Según Roy, el entorno es el conjunto de «todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y de los grupos, teniendo en cuenta especialmente la relación mutua entre los recursos de las personas y

de la Tierra, que comprenden los estímulos focales, contextuales y residuales» (Roy y Andrews, 1999, pág. 81). «Es el entorno cambiante [el que] empuja a la persona a reaccionar para adaptarse» (Andrews y Roy, 1991, pág. 18). El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos. No obstante, un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para adaptarse a la situación. Los factores del entorno que afectan a las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.

Fundamentos teóricos

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Sus conceptos de enfermería, persona, salud y entorno están relacionados con este concepto base. La persona recibe continuamente estímulos del entorno. Al final, se genera una respuesta y se produce la adaptación. Esta respuesta puede ser adaptativa o ineficaz. Las respuestas adaptativas fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir los objetivos de la adaptación, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control, y las transformaciones de la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse gestionando el entorno. El resultado es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona (Andrews y Roy, 1986; Randell, Tedrow y Van Landingham, 1982; Roy, 1970, 1971, 1980, 1984; Roy y Roberts, 1981).

Al ser un sistema vivo y abierto, la persona recibe entradas o estímulos tanto del entorno como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el efecto combinado de los estímulos focales, contextuales y residuales. La adaptación se produce cuando la persona responde de forma positiva a los cambios del entorno. Esta respuesta adaptativa fomenta la integridad de la persona, que da lugar a la salud. Las respuestas ineficaces ante los estímulos alteran la integridad de la persona

(Andrews y Roy, 1986; Randell, Tedrow y Van Landingham, 1982; Roy, 1970, 1971, 1980; Roy y McLeod, 1981).

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí (fig. 17.1). El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está formado por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y efector está formado por cuatro modos de adaptación: 1) necesidades fisiológicas; 2) autoconcepto; 3) función del rol, y 4) interdependencia (Andrews y Roy, 1986; Limandri, 1986; Mastal, Hammond y Roberts, 1982; Meleis, 1985, 2007; Riehl y Roy, 1980; Roy, 1971; 1975).

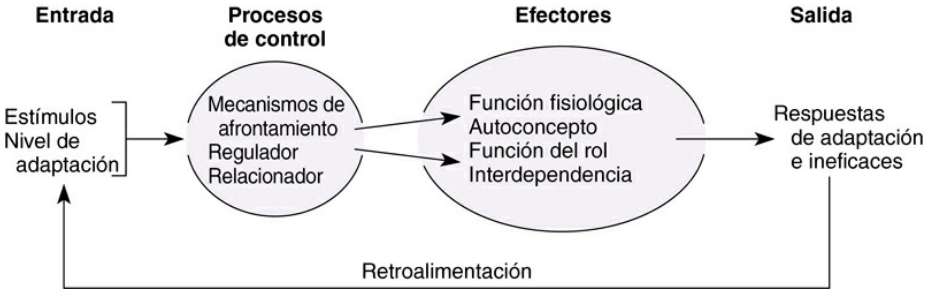


FIGURA 17.1 La persona como un sistema de adaptación. (Tomado de Roy, C. [1984]. *Introduction to nursing: An adaptation model* [2nd ed., p. 30]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

Roy considera que el regulador y el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema de afrontamiento regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, «responde automáticamente mediante procesos de afrontamiento neurales, químicos y endocrinos» (Andrews y Roy, 1991, pág. 14). El subsistema de afrontamiento relacionador, a través de los modos de adaptación del autoconcepto, la interdependencia y la función del rol, «responde por medio de cuatro canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el juicio y la emoción» (Andrews y Roy, 1991, pág. 14). La percepción es la interpretación de un estímulo, y enlaza el regulador con el relacionador, porque «la entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las reacciones posteriores a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador» (Galligan, 1979, pág. 67).

Los cuatro modos de adaptación de ambos subsistemas del modelo de Roy proporcionan la forma o las manifestaciones de las actividades del relacionador y del regulador. Las respuestas a los estímulos se llevan a cabo a través de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se refiere a la manera en que los seres humanos interactúan con el entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, y protección. El modo de adaptación del autoconcepto-identidad de grupo se refiere a la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el autoconcepto como «el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene sobre sí mismo en un momento determinado» (Roy y Andrews, 1999, pág. 49). El autoconcepto individual está formado por el yo físico (la sensación del cuerpo y la imagen corporal) y el yo personal (la autocoherencia, el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual). El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña un individuo en la sociedad. Un rol describe las expectativas sobre cómo una persona se comportará con otra. El modo de adaptación de la interdependencia describe las interacciones de las personas en la sociedad. La tarea principal de este modo en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más significativas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Los cuatro modos están interrelacionados a través de la percepción (Roy y Andrews, 1999) (fig. 17.2).

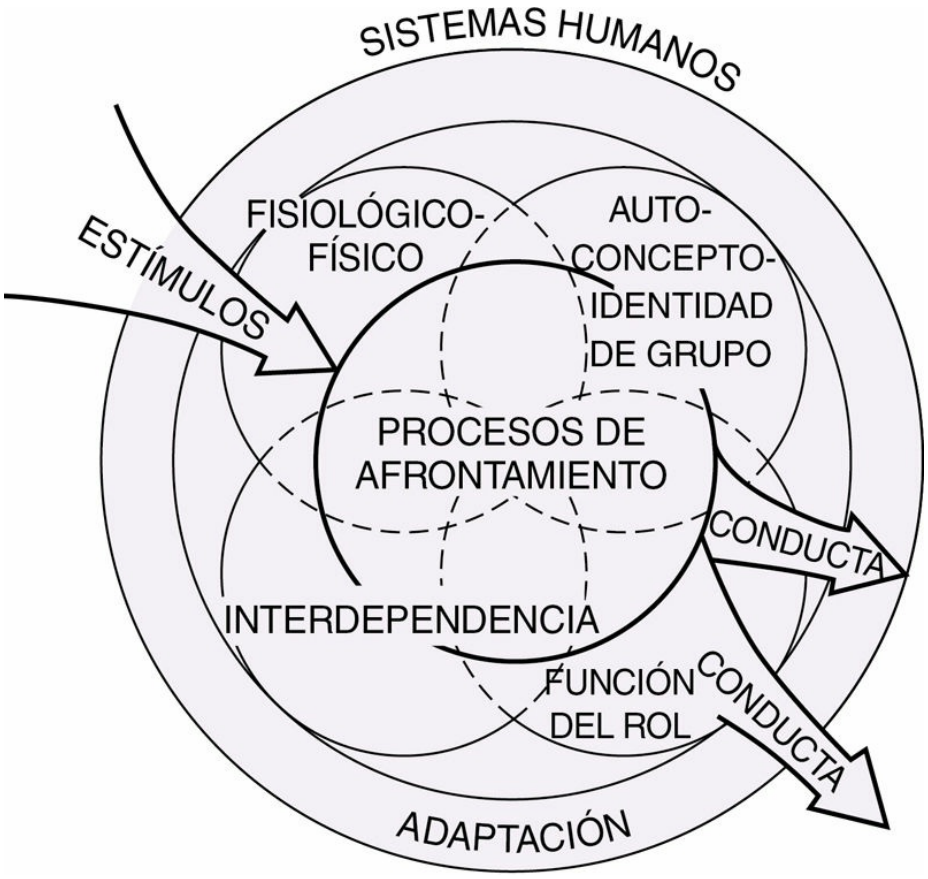


FIGURA 17.2 Sistemas de adaptación humanos. (Roy, Sister Callista; Andrews, Heather A., THE ROY ADAPTATION MODEL, 2nd Ed., ©1998. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., New York, New York.)

La persona vista como un todo está formada por seis subsistemas (regulador, relacionador y los cuatro modos de adaptación), que se relacionan entre sí para formar un sistema complejo cuyo propósito es la adaptación. Los cuatro modos de adaptación se relacionan cuando los estímulos internos y externos afectan a más de un modo, cuando se produce una conducta disruptiva en más de un modo o cuando un modo se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo (Brower y Baker, 1976; Chinn y Kramer, 2008; Mastal y Hammond, 1980).

Con respecto a los sistemas sociales humanos, Roy clasifica de forma amplia los procesos de control en los subsistemas estabilizador e innovador. El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad. Con el fin de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una estructura organizativa, valores culturales y la

regulación de las actividades diarias del sistema. El subsistema innovador se asocia al subsistema relacionador del individuo y se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento (Roy y Andrews, 1999).

Planteamiento lógico

El modelo de adaptación de enfermería de Roy es tanto deductivo como inductivo. Es deductivo en que gran parte de la teoría de Roy deriva de la teoría psicofísica de Helson. Este desarrolló los conceptos de estímulos focales, contextuales y residuales, que Roy (1971) redefinió en el campo de la enfermería para formar una tipología de factores relacionados con los niveles de adaptación de las personas. Roy también usa otros conceptos y teorías que no pertenecen a la disciplina enfermera y los sintetiza en su teoría de la adaptación.

La teoría de la adaptación de Roy es inductiva en que ella desarrolló los cuatro modos de adaptación a partir de la investigación y de las experiencias de la práctica de la enfermería, tanto suyas como de sus colaboradores y sus alumnos. Roy se basó en el marco conceptual de la adaptación y desarrolló un modelo paso a paso con el que los profesionales usan el proceso de enfermería para proporcionar cuidados de enfermería y facilitar la adaptación en situaciones de salud y enfermedad (Roy, 1976a, 1980, 1984).

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

El modelo de adaptación de Roy está profundamente enraizado en la práctica de la enfermería, y esto, en parte, contribuye a su éxito continuado (Fawcett, 2002). Sigue siendo uno de los marcos conceptuales más utilizados para guiar la práctica de la enfermería, tanto a nivel nacional como internacional (Roy y Andrews, 1999; Fawcett, 2005).

El modelo de Roy es útil para la práctica de la enfermería, porque da una idea general de las características de la disciplina, y guía la práctica, la formación y la investigación. El modelo tiene en cuenta los objetivos, los valores, al paciente y las intervenciones del profesional. El proceso de enfermería de Roy está bien desarrollado. La evaluación en dos niveles ayuda a identificar los objetivos y los diagnósticos de enfermería (Brower y Baker, 1976).

Antes, se aceptaba como una teoría útil para la práctica de la enfermería debido al objetivo que especificaba el propósito de la actividad y una prescripción de actividades para conseguir el objetivo (1968a, 1968b). El objetivo de la enfermería y del modelo es la adaptación en los cuatro modos de adaptación en la salud y la enfermedad de una persona. Las intervenciones prescritas se refieren a la gestión de los estímulos por parte de los profesionales de enfermería, eliminándolos, aumentándolos, disminuyéndolos o modificándolos. Estas prescripciones pueden encontrarse en la lista de hipótesis relacionadas con la práctica generadas por el modelo (Roy, 1984).

Cuando los profesionales de enfermería utilizan el proceso de enfermería en seis pasos de Roy, realizan las seis funciones siguientes:

1. Evalúan las conductas manifestadas en los cuatro modos de adaptación.
2. Evalúan los estímulos para esas conductas y los clasifican en estímulos focales, contextuales o residuales.
3. Exponen su juicio o establecen un diagnóstico de enfermería sobre el estado de adaptación de la persona.
4. Fijan objetivos para fomentar la adaptación.
5. Aplican las intervenciones dirigidas a gestionar los estímulos para fomentar la adaptación.
6. Evalúan si se han conseguido los objetivos de la adaptación.

Al controlar los estímulos y no al paciente, el profesional de enfermería mejora «la interacción de la persona con su entorno, y así fomenta la salud» (Andrews y Roy, 1986, pág. 51). El proceso de enfermería es muy adecuado para su uso en un contexto práctico. La evaluación a dos niveles es exclusiva de este modelo y lleva a la

identificación de los problemas de adaptación o los diagnósticos de enfermería.

Roy et al. han desarrollado una tipología del diagnóstico de enfermería desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy (Roy, 1984; Roy y Roberts, 1981). En esta tipología, los problemas recurrentes habitualmente se han relacionado con las necesidades básicas de los cuatro modos de adaptación (Andrews y Roy, 1991).

La intervención se basa específicamente en el modelo, pero existe la necesidad de crear una organización de categorías de intervenciones de enfermería (Roy y Roberts, 1981). Los profesionales de enfermería proporcionan intervenciones que modifican, aumentan, disminuyen, eliminan o mantienen los estímulos (Roy y Andrews, 1999). Roy recomienda el modelo del criterio de enfermería perfilado por McDonald y Harms (1966) para guiar la selección de la mejor intervención para modificar un estímulo concreto. Según este modelo, se generan diversas intervenciones alternativas que pueden ser adecuadas para modificar los estímulos. Cada intervención posible es juzgada por las consecuencias esperadas de la modificación de un estímulo, la probabilidad de que se produzca una consecuencia (alta, moderada o baja) y el valor del cambio (deseable o indeseable).

Senesac (2003) revisó la bibliografía buscando evidencias de la aplicación del modelo de adaptación de Roy en la práctica de la enfermería. Observó que este modelo lo han utilizado en su mayor parte profesionales de enfermería de forma individual para comprender, planificar y dirigir la práctica de enfermería en el cuidado de los pacientes. Aunque se encuentran menos ejemplos de aplicación del modelo de adaptación en entornos prácticos institucionales, también existen. Llegó a la conclusión de que, si el modelo se aplica con éxito como filosofía práctica, debe reflejarse en las declaraciones de la misión y los puntos de vista de la institución, las herramientas de reclutamiento, las herramientas de evaluación, los planes de cuidados de enfermería y otros documentos relacionados con la atención del paciente.

El modelo de adaptación de Roy es útil para guiar la práctica de enfermería en entornos institucionales. Se ha aplicado en una unidad de cuidados intensivos neonatal, una sala de cirugía aguda, una unidad de rehabilitación, dos unidades de hospitalización

general, un hospital ortopédico, una unidad neuroquirúrgica y un hospital de 145 camas, entre otros (Roy y Andrews, 1999).

Weiland (2010) describió el uso del modelo de adaptación de Roy en el entorno de los cuidados críticos por parte de profesionales de enfermería en práctica avanzada para incorporar los cuidados espirituales en la atención de los pacientes y sus familias. El cuidado espiritual es un aspecto importante, que muchas veces se olvida, de los cuidados de enfermería para los pacientes de centros de atención crítica.

El modelo también se ha aplicado en el cuidado de enfermería de grupos de pacientes. En la bibliografía hay numerosos ejemplos del amplio rango de aplicaciones del modelo de adaptación de Roy. Villareal (2003) lo aplicó al cuidado de mujeres jóvenes que estaban contemplando dejar de fumar. La autora proporciona un análisis exhaustivo del uso del proceso de enfermería de seis pasos de Roy para guiar los cuidados de enfermería para mujeres de entre 20 y 30 años que fumaban y eran miembros de un grupo de apoyo cerrado. La investigadora realizó una evaluación a dos niveles. En el primer nivel se identificaron estímulos para cada uno de los cuatro modos de adaptación. En el segundo nivel, el profesional de enfermería realizó un juicio sobre los estímulos focales (adicción a la nicotina), contextuales (creencia de que fumar es agradable, les hace sentir bien, les relaja, les da sensación de comodidad y forma parte de sus costumbres) y residuales (creencias y actitudes sobre su imagen corporal, y que dejar de fumar produce aumento de peso). El profesional de enfermería hace el diagnóstico de enfermería que, para este grupo, era una falta de motivación para dejar de fumar relacionada con la dependencia. Las mujeres del grupo de apoyo y la enfermera establecieron mutuamente objetivos a corto plazo para cambiar conductas, más que el objetivo a largo plazo de dejar de fumar. La intervención se centró en el análisis de los efectos del hábito de fumar sobre el organismo, las razones y las creencias sobre fumar y dejar de fumar, el control del estrés, la nutrición, la actividad física y la autoestima. Durante la fase de evaluación se determinó que las mujeres habían pasado de la fase de precontemplación a la fase de contemplación de dejar de fumar. La autora concluyó que el modelo proporcionó un marco útil para suministrar cuidados a las mujeres que fuman.

Samarel, Tulman y Fawcett (2002) examinaron los efectos de dos tipos de apoyo social (teléfono y apoyo social en grupo) y la formación sobre la adaptación al cáncer de mama en los primeros estadios en una muestra de 125 mujeres. Las mujeres del grupo experimental recibieron ambos tipos de apoyo social y formación (n = 34); las mujeres del primer grupo de control recibieron apoyo telefónico y formación, y las mujeres del segundo grupo de control solo recibieron formación. Los trastornos del estado de ánimo y la soledad se redujeron significativamente en el grupo experimental y en el primer grupo de control, pero no lo hicieron en el segundo grupo de control. Entre los grupos no se observaron diferencias respecto a la preocupación o al bienestar relacionados con el cáncer. Este estudio proporciona un excelente ejemplo de cómo puede utilizarse el modelo de adaptación de Roy para guiar la conceptualización, revisar la bibliografía, construir teorías y desarrollar una intervención.

Zeigler, Smith y Fawcett (2004) describieron el uso del modelo de adaptación de Roy para desarrollar un grupo de apoyo extrahospitalario para pacientes con cáncer de mama, el Common Journey Breast Cancer Support Group. Se utilizó un diseño de estudio cualitativo para evaluar el programa desde las perspectivas del participante y del facilitador. Las respuestas de los participantes se clasificaron utilizando el modelo de adaptación de Roy. Los hallazgos de este estudio demostraron que el programa era eficaz para proporcionar apoyo a las mujeres con cáncer de mama en distintos estadios.

Newman (1997b) aplicó el modelo de adaptación de Roy a cuidadores de familiares con enfermedades crónicas. Con una revisión completa de la bibliografía, Newman demostró cómo se había utilizado este modelo para proporcionar cuidados a esta población. La autora consideró al familiar enfermo crónico como estímulo focal. Los estímulos contextuales fueron la edad del cuidador, el sexo y su relación con el familiar enfermo crónico. El estado de salud física del cuidador es una manifestación del modo de adaptación fisiológica. Las respuestas emocionales del cuidador (es decir, shock, temor, ira, culpa, aumento de la ansiedad) son respuestas eficaces o ineficaces del modo del autoconcepto. Las relaciones con las personas significativas y el apoyo indican las

respuestas de adaptación en el modo de interdependencia. Los roles primarios, secundarios y terciarios de los cuidadores se refuerzan al añadir el rol de cuidar. Las implicaciones prácticas y de la investigación arrojan luz sobre la aplicabilidad del modelo para proporcionar cuidados a los cuidadores de familiares enfermos crónicos.

El modelo de adaptación de Roy se ha aplicado a pacientes adultos con diversas dolencias médicas, entre ellas el trastorno por estrés postraumático (Nayback, 2009), mujeres en la menopausia (Cunningham, 2002) y la evaluación de un hombre de edad avanzada al que se había amputado una pierna por debajo de la rodilla. El modelo se ha utilizado para evaluar el cuidado de las necesidades de adolescentes con cáncer (Ramini, Brown y Buckner, 2008), asma (Buckner et al., 2007), lecturas de la presión arterial elevadas o hipertensivas (Starnes y Peters, 2004), y muerte y enfermedad terminal (Dobratz, 2011).

Kan (2009) utilizó el modelo de adaptación de Roy para estudiar las percepciones de la recuperación después de una cirugía de derivación arterial coronaria en pacientes que se habían sometido a esta intervención quirúrgica por primera vez. Los hallazgos revelaron una relación positiva entre la percepción de la recuperación y la función del rol. El conocimiento de las respuestas de adaptación después de la cirugía cardíaca tiene implicaciones importantes para la planificación del alta y la enseñanza asociada.

Formación

El modelo de adaptación de Roy define el propósito inequívoco de la enfermería para los estudiantes, que es fomentar la adaptación de las personas en cada uno de los modos de adaptación en situaciones de salud y enfermedad. Este modelo diferencia la ciencia de la enfermería de la ciencia médica, y enseña el contenido de esas áreas en cursos separados. Ella destaca la colaboración, pero plantea objetivos separados para los profesionales de enfermería y los médicos. Según Roy (1971), el objetivo de los profesionales de enfermería es ayudar al paciente a aplicar su energía en sentirse bien, mientras que el estudiante de Medicina se centra en la posición del paciente sobre el continuo salud-enfermedad con el

objetivo de provocar un movimiento a lo largo de dicho continuo. Considera el modelo como una herramienta valiosa para analizar las diferencias entre las dos profesiones de enfermería y medicina. Roy (1979) considera que el plan de estudios basado en este modelo apoya el conocimiento de los estudiantes del desarrollo de teorías cuando aprenden sobre la comprobación de las teorías y experimentan los puntos de vista teóricos. Roy (1971, 1979) observó desde el principio que el modelo aclara objetivos, identifica contenidos y especifica patrones para la enseñanza y el aprendizaje.

El modelo de adaptación de Roy se ha utilizado en el ámbito educativo y ha guiado la formación en enfermería en el Departamento de Enfermería del Mount Saint Mary's College de Los Ángeles desde 1970. Ya en 1987 más de 100.000 estudiantes se habían formado en programas de enfermería basados en el modelo de adaptación de Roy en EE. UU. y en otros países. Este modelo proporciona educadores con una forma sistemática de enseñar a los estudiantes a valorar y a atender a los pacientes dentro del contexto de sus vidas en vez de solo como víctimas de una enfermedad.

Dobratz (2003) evaluó los resultados del aprendizaje de un curso de investigación en enfermería diseñado desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy, y describió con detalle cómo enseñar el contenido teórico a los estudiantes de un curso avanzado de Investigación en Enfermería. La herramienta de evaluación fue una escala de tipo Likert que contenía siete afirmaciones. Se preguntó a los estudiantes si estaban en desacuerdo, de acuerdo o completamente de acuerdo con las siete afirmaciones. Se incluyeron cuatro preguntas abiertas para obtener información sobre la actividad de aprendizaje más útil, la actividad menos útil, los métodos utilizados por el formador que facilitaron el aprendizaje, y la comprensión de la investigación, y lo que el formador podría hacer para aumentar el aprendizaje. La investigadora concluyó que un curso de investigación basado en el modelo ayudó a los estudiantes a encajar las piezas del puzle de la investigación.

Investigación

Si la investigación se realiza para influir en la conducta de los profesionales, debe dirigirse a la comprobación una y otra vez de

las teorías que derivan de los modelos conceptuales para la práctica de la enfermería. Roy (1984) ha declarado que el desarrollo de una teoría y el análisis de las teorías ya desarrolladas son las más altas prioridades para la enfermería. El modelo sigue generando muchas hipótesis comprobables que deben investigarse.

La teoría de Roy ha generado cierto número de propuestas generales, y a partir de estas pueden desarrollarse hipótesis específicas y comprobarse. Hill y Roberts (1981) han demostrado que pueden elaborarse hipótesis comprobables a partir del modelo, como lo hizo Roy. Al comprobar estas hipótesis se crea la información para validar o apoyar el modelo, que sigue generando más investigaciones de este tipo. El modelo de adaptación de Roy se ha utilizado extensamente para guiar el desarrollo del conocimiento a través de la investigación en enfermería (Frederickson, 2000).

Roy (1970) ha identificado un conjunto de conceptos que forman un modelo, a partir del cual el proceso de observación y clasificación de los hechos daría lugar a postulados. Estos se refieren a la aparición de problemas de adaptación, mecanismos de afrontamiento e intervenciones, basados en leyes derivadas de los factores que componen el potencial de respuesta a los estímulos focales, contextuales y residuales. Roy et al. han señalado una tipología de problemas de adaptación o de diagnósticos de enfermería (Roy, 1973, 1975, 1976b). La investigación y la comprobación en áreas de la tipología y de las categorías de las intervenciones que han derivado del modelo continúan. También se han desarrollado y comprobado propuestas generales (Roy y McLeod, 1981).

Investigación basada en la práctica

DiMattio y Tulman (2003) describieron cambios en el estado funcional y relacionaron el estado funcional de 61 mujeres durante el período postoperatorio de 6 semanas después de un injerto de derivación arterial coronaria. El estado funcional se midió 2, 4 y 6 semanas después de la cirugía utilizando el Inventory of Functional Status in the Elderly y el Sickness Impact Profile. Se descubrieron aumentos significativos en todas las dimensiones del estado funcional, excepto en la personal, en los tres puntos de medición. El

mayor aumento en el estado funcional se produjo entre 2 y 4 semanas después de la cirugía. Sin embargo, ninguna de las dimensiones del estado funcional había vuelto a los valores basales a las 6 semanas. Esta información ayudará a las mujeres que se han sometido a un injerto de derivación arterial coronaria a comprender mejor el período de recuperación y a fijar objetivos más realistas.

Young-McCaughan et al. (2003) estudiaron los efectos de un programa estructurado de ejercicios aeróbicos sobre la tolerancia al ejercicio, los patrones de sueño y la calidad de vida en pacientes con cáncer, desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy. Los sujetos hicieron ejercicio durante 20 min, dos veces a la semana durante 12 semanas. Se observaron mejoras significativas en la tolerancia al ejercicio, la calidad subjetiva del sueño, y la calidad de vida psicológica y fisiológica.

Yeh (2002) comprobó el modelo de adaptación de Roy en una muestra de 116 chicos y chicas taiwaneses con cáncer (de 7 a 18 años de edad en el momento del diagnóstico). Se comprobaron dos proposiciones de Roy. La primera proposición fue que los estímulos del entorno (gravedad de la enfermedad, edad, sexo, comprensión de la enfermedad y comunicación con los demás) influyen en las respuestas biopsicosociales (calidad de vida relacionada con la salud [CVRS]). La segunda proposición fue que los cuatro modos de adaptación están interrelacionados. Utilizando el modelado de la ecuación estructural, la investigadora observó que la gravedad de la enfermedad se ajustaba de forma excelente con el estadio de la enfermedad, los datos analíticos (recuento de leucocitos, hemoglobina, plaquetas, recuento absoluto de neutrófilos) y el número total de hospitalizaciones. Aunque no está del todo claro cómo se definieron los estímulos focales y contextuales, este estudio demostró que los estímulos del entorno (gravedad de la enfermedad, edad, sexo, comprensión de la enfermedad y comunicación con los demás) influyen en las respuestas de adaptación biopsicosocial de los niños con cáncer. Finalmente, este estudio demostró la interrelación de los modos de adaptación fisiológico (CVRS física), del autoconcepto (CVRS de síntomas y enfermedad), de la interdependencia (CVRS social) y de la función del rol (CVRS cognitiva).

Woods e Isenberg (2001) proporcionan un ejemplo de síntesis de

teorías. En su estudio sobre el abuso sexual y el estrés postraumático en mujeres maltratadas desarrollaron una teoría de nivel medio sintetizando el modelo de adaptación de Roy con la bibliografía actual sobre el abuso sexual y el trastorno de estrés postraumático. Se utilizó un modelo correlacional predictivo para analizar la adaptación como mediador del abuso sexual y el trastorno de estrés postraumático. Los estímulos focales de este estudio fueron la gravedad del abuso sexual, el abuso emocional y el riesgo de homicidio por parte de un compañero sexual. La adaptación se hizo operativa dentro de los cuatro modos de adaptación, y se comprobó como mediador entre el abuso sexual y el síndrome de estrés postraumático. Se observaron relaciones directas entre el estímulo focal y el abuso sexual, y la adaptación en cada uno de los cuatro modos medió las relaciones entre el estímulo focal y el estrés postraumático.

Chiou (2000) dirigió un metaanálisis de las interrelaciones entre los cuatro modos de adaptación de Roy. Utilizando criterios de inclusión y exclusión bien definidos, una búsqueda bibliográfica en el *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* proporcionó ocho informes de investigación con muestras diversas. Se incluyó un informe pendiente de publicar. Las muestras de conveniencia para los nueve estudios incluyeron solo a adultos, algunos de ellos de edad avanzada. El metaanálisis reveló correlaciones de pequeñas a medianas entre cada conjunto de dos modos y una asociación no significativa entre los modos de interdependencia y fisiológico. Zhan (2000) encontró apoyo para la proposición de Roy sobre los procesos de adaptación cognitiva respecto a mantener la autocoherencia. Utilizando la Cognitive Adaptation Processing Scale de Roy (Roy y Zhan, 2001) para medir la adaptación cognitiva y la Self-Consistency Scale (Zhan y Shen, 1994), Zhan descubrió que la adaptación cognitiva desempeña una función importante para ayudar a las personas de edad avanzada a mantener la autocoherencia frente a la pérdida de audición. La autocoherencia fue más alta en los hombres con alteraciones auditivas que en las mujeres, pero no variaba con la edad, el nivel educativo, el origen étnico, el estado civil o los ingresos.

Nuamah et al. (1999) estudiaron la calidad de vida de 515

pacientes con cáncer. Estas investigadoras establecieron claros vínculos teóricos entre los conceptos del modelo de adaptación de Roy, los conceptos de las teorías de nivel medio y los indicadores empíricos. Se identificaron los estímulos focales y contextuales. Se pusieron en marcha las variables en cada modo de adaptación. Al utilizar un modelo de ecuación estructural, los investigadores observaron que dos de los estímulos del entorno (tratamiento adyuvante contra el cáncer y gravedad de la enfermedad) explicaban el 59% de la varianza en los indicadores biopsicosociales de la variable latente de la CVRS. Sus descubrimientos apoyaban la propuesta del modelo de adaptación de Roy de que los estímulos del entorno influyen en las respuestas biopsicosociales.

Samarel et al. (1998, 1999) usaron el modelo de adaptación de Roy para estudiar la percepción de las mujeres de la adaptación al cáncer de mama en una muestra de 70 mujeres que participaban en un grupo de formación y apoyo experimental. El grupo experimental recibió orientación, y el grupo de control, no. Utilizando el análisis del contenido cuantitativo de las entrevistas telefónicas estructuradas, los investigadores observaron que 51 de 70 mujeres (72,9%) experimentaron un cambio positivo hacia su cáncer de mama durante el período de estudio, lo que indicó una adaptación a la enfermedad. Los investigadores registraron indicadores cualitativos de adaptación para cada uno de los cuatro modos de adaptación de Roy.

Modrcin-Talbott et al. estudiaron la autoestima desde el punto de vista del modelo de adaptación de Roy en 140 adolescentes con buena salud (Modrcin-Talbott, Pullen, Ehrenberger et al., 1998) y en 77 adolescentes en un contexto de salud mental ambulatorio (Modrcin-Talbott, Pullen, Zandstra et al., 1998). Los adolescentes sanos se agruparon en adolescencia temprana (12-14 años), media (15-16 años) y tardía (17-19 años), y se reclutaron en una parroquia grande del sudeste de EE. UU. La autoestima de los adolescentes sanos no difirió en función del grupo de edad, el sexo, o el consumo o no de tabaco. La puntuación de la autoestima fue mayor en los adolescentes sanos que hacían ejercicio físico con regularidad. Se observó una relación negativa significativa entre la autoestima y la depresión, el estado y el rasgo de ira, la ira interiorizada y exteriorizada, el control y la expresión de la ira. En el segundo

estudio, los adolescentes se reclutaron entre los participantes en unas sesiones de grupo programadas y regulares como parte de un programa de tratamiento psiquiátrico ambulatorio. La autoestima difirió de manera importante según el grupo de edad, y la puntuación fue más baja en los adolescentes mayores. En cambio, la autoestima no difirió en función del sexo ni de si consumían o no tabaco. Se observó una relación negativa significativa entre la autoestima y la depresión. A diferencia del estudio realizado en los adolescentes sanos, en este segundo estudio no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la autoestima y las dimensiones de la ira. La autoestima no estaba relacionada de forma significativa con el consumo de alcohol por parte de los padres en ninguno de los grupos.

Modrcin-Talbott et al. (2003) comprobaron los efectos del contacto humano agradable en la adaptación bioconductual de lactantes prematuros sobre la base del modelo de adaptación de Roy. Según Roy, los lactantes nacen con dos modos de adaptación, el fisiológico y el de interdependencia. Los lactantes prematuros suelen estar privados del contacto humano y están rodeados por un entorno lleno de máquinas, estímulos nocivos e intervenciones invasivas. Estas investigadoras observaron que el contacto humano agradable (estímulo focal) fomenta la adaptación fisiológica de los lactantes prematuros. La frecuencia cardíaca, la estabilidad de la saturación de oxígeno, el aumento del sueño tranquilo, el sueño y la somnolencia menos activos, la disminución de la actividad motora, el aumento del tiempo sin movimiento y la disminución de las señales de estrés conductual se identificaron como respuestas eficaces en el modo de adaptación fisiológico. Este estudio apoya la conceptualización de Roy de la adaptación en los lactantes.

Weiss, Fawcett y Aber (2009) utilizaron el modelo de adaptación de Roy para estudiar la adaptación en el posparto en mujeres después de una cesárea. Los hallazgos mostraron menos respuestas adaptativas en mujeres con cesárea no planificada. Se encontraron más diferencias culturales en las respuestas adaptativas en las mujeres hispanas y afroamericanas que en las de raza blanca. Las implicaciones para la práctica de la enfermería comprenden la evaluación temprana de las respuestas adaptativas y las necesidades de aprendizaje de las pacientes que han sido sometidas

a una cesárea para desarrollar un plan de enseñanza durante el alta para facilitar las respuestas adaptativas después del alta.

El University of Montreal Research Team in Nursing Science (Ducharme et al., 1998; Levesque et al., 1998) está estudiando la adaptación frente a una variedad de estímulos del entorno. En sus estudios se incluyeron cuatro grupos de individuos: 1) cuidadores familiares informales que se ocupan de un pariente con demencia en casa; 2) cuidadores familiares informales que se ocupan de un pariente con una enfermedad psiquiátrica en casa; 3) profesionales de enfermería que se dedican al cuidado profesional en centros geriátricos, y 4) cónyuges de edad avanzada en la comunidad. Al utilizar las relaciones estructurales lineales (LISREL, *linear structural relations*), el estrés percibido (estímulo focal), el apoyo social (estímulo contextual), y el afrontamiento pasivo y de evitación (mecanismo de afrontamiento) estaban enlazados directa o indirectamente con la angustia psicológica. Estos descubrimientos apoyan la propuesta de Roy acerca de que el afrontamiento facilita la adaptación.

DeSanto-Madeya (2009) estudió la adaptación en personas con lesión en la médula espinal y en los miembros de su familia utilizando el modelo de adaptación de Roy. En este estudio participaron 15 díadas de pacientes y familiares. De las 15 díadas, en 7 había transcurrido 1 año desde la lesión, y en las otras 8, 3 años. Se realizaron entrevistas telefónicas utilizando la Adaptation to Spinal Cord Injury Interview Schedule (ASCIIS). Los hallazgos demostraron que tanto los afectados como sus familiares tenían puntuaciones de adaptación moderadas tanto en 1 año y como a los 3 años. Los resultados del estudio tienen importantes implicaciones para los profesionales de enfermería que deben atender a pacientes con lesiones en la médula espinal, tanto en el contexto de los centros de tratamiento agudo como ambulatorio.

Desarrollo de instrumentos de investigación de la adaptación

El modelo de adaptación de Roy ha aportado la base teórica para el desarrollo de cierta cantidad de instrumentos de investigación. Newman (1997a) desarrolló el Inventory of Functional Status-Caregiver of a Child in a Body Cast para medir el alcance en el que

los cuidadores paternos siguen con sus actividades habituales mientras el niño está inmovilizado con una férula de yeso. La verificación de la exactitud indica que las subescalas para el cuidado del niño con una férula de yeso en casa, social y en la comunidad, el cuidado de otros niños y el cuidado personal (más que la puntuación total) son medidas fiables de estos conceptos. Modrcin-McCarthy, McCue y Walker (1997) utilizaron el modelo de Roy para desarrollar una herramienta clínica que puede utilizarse para identificar factores estresantes reales y potenciales en los lactantes prematuros frágiles y para aplicarles los cuidados. Esta herramienta mide los signos de estrés, las intervenciones de contacto, la reducción del dolor, las consideraciones del entorno, el estado y la estabilidad (STRESS, *stress, touch interventions, reduction of pain, environmental considerations, state, and stability*).

Desarrollo de teorías de adaptación de nivel medio

Silva (1986) señaló desde el principio que el simple hecho de usar un marco conceptual para estructurar un estudio de investigación no significa que se haya comprobado la teoría. Muchos de los investigadores han utilizado el modelo de Roy, pero en realidad no comprobaron las hipótesis o propuestas del modelo. Han proporcionado una aparente validez de su utilidad como marco para dirigir estudios. Debe explicarse cómo una teoría deriva de un marco conceptual; por tanto, es necesario desarrollar y analizar las teorías de nivel medio derivadas del modelo de adaptación de Roy. Ya se han realizado algunas investigaciones de este tipo con el modelo, pero son necesarios una validación más exhaustiva y el desarrollo de nuevas áreas. El modelo genera numerosas hipótesis comprobables relacionadas tanto con la práctica como con la teoría de enfermería. El éxito de un marco conceptual se evalúa, en parte, por el número y la calidad de las teorías de nivel medio que genera. El modelo de adaptación de Roy ha sido la fuente de numerosas teorías de nivel medio (Roy, 2011a). La utilidad de estas teorías en la práctica mantiene vivo el modelo.

Dunn (2004) explica la utilización de la sustracción teórica para derivar una teoría de adaptación de nivel medio para el dolor crónico a partir del modelo de adaptación de Roy. En el modelo de adaptación al dolor crónico de Dunn, la intensidad del dolor se

especifica como el estímulo focal. Los estímulos contextuales son la edad, el origen étnico y el sexo. El afrontamiento religioso y no religioso es una función del subsistema relacionador. Las manifestaciones de la adaptación al dolor crónico son sus efectos sobre la capacidad funcional y el bienestar psicológico y espiritual.

Frame, Kelly y Bayley (2003) desarrollaron la teoría de Frame de la capacitación del adolescente sintetizando el modelo de adaptación de Roy, la matriz de capacitación de Murrell-Armstrong y la perspectiva del desarrollo de Harter. La teoría se comprobó utilizando un diseño casi experimental en el que los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se asignaron aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control. Noventa y dos estudiantes de quinto y sexto curso fueron asignados a uno u otro de los grupos. Los niños del grupo de tratamiento asistieron a una intervención de grupo de apoyo conducida por el profesional de enfermería escolar durante ocho sesiones (dos veces a la semana durante 4 semanas). El tratamiento se diseñó para enseñar a los niños sobre el TDAH; las ventajas de tener TDAH; la impotencia en contraposición a la capacitación; la capacitación respecto a los propios sentimientos, los profesores, la familia y los compañeros de clase, y cómo aprender a relajarse. Los niños del grupo de control no recibieron ninguna intervención. Mediante el análisis de covarianza, los niños del grupo de tratamiento registraron una aceptación social, una competencia atlética, un aspecto físico y una autovalía global percibidos significativamente superiores.

Jirovec et al. (1999) han propuesto una teoría de nivel medio del control urinario derivada del modelo de adaptación de Roy para intentar explicar el fenómeno del control de la orina y reducir la incontinencia urinaria. Según esta teoría, el estímulo focal para el control urinario es la distensión vesical. Los estímulos contextuales comprenden instalaciones accesibles y la capacidad de movilidad. Un estímulo residual es la intensa socialización de los hábitos sanitarios y de la vejiga que empieza en la infancia. Esta teoría tiene en cuenta mecanismos de afrontamiento fisiológicos, el regulador (reflejo espinal mediado por S2-S4, y contracción del músculo detrusor y relajación del esfínter coordinadas) y el relacionador (percepción, juicio del aprendizaje y conciencia de urgencia o

goteo). Se han descrito respuestas de adaptación para prevenir la incontinencia urinaria para los cuatro modos de adaptación. La adaptación eficaz se define como continencia, y la adaptación ineficaz, como incontinencia. Los autores proporcionan apoyo limitado para la teoría del control urinario a través de estudios de casos. La teoría del control urinario aclara la complejidad, la multidimensionalidad y la naturaleza integral de la adaptación.

Investigadores de la University of Montreal han propuesto una teoría de nivel medio de adaptación para el cuidado que se basa en el modelo de adaptación de Roy. Esta teoría de nivel medio se ha comprobado en numerosos estudios publicados sobre cuidadores informales de familiares con demencia en casa, cuidadores informales de familiares con enfermedades psiquiátricas en casa, cuidadores profesionales de personas de edad avanzada internados y cónyuges de edad avanzada en la comunidad. El estrés percibido se conceptualiza como el estímulo focal. Los estímulos contextuales son el sexo, los conflictos y el apoyo social. Los mecanismos de afrontamiento comprenden estrategias de afrontamiento activas, pasivas y de evitación. En esta teoría de nivel medio, la respuesta (angustia psicológica) adaptada (inadaptada) se manifiesta en el modo del autoconcepto. El análisis LISREL ha apoyado muchas de las propuestas de esta teoría y el modelo de adaptación de Roy (Ducharme et al., 1998; Levesque et al., 1998).

Tsai et al. (2003) desarrollaron una teoría de nivel medio del dolor a partir del modelo de adaptación de Roy. En la teoría del dolor crónico, el dolor crónico es el estímulo focal; la discapacidad y el apoyo social son estímulos contextuales, y la edad y el sexo son estímulos residuales. El estrés diario percibido es un proceso de afrontamiento. La depresión es una variable del resultado que se manifiesta en los cuatro modos de adaptación. El análisis de la trayectoria proporcionó apoyo parcial a la teoría. El dolor crónico y la discapacidad superiores se asociaron a un estrés diario mayor, y un apoyo social superior se asoció a un estrés diario inferior. Estas tres variables explican el 35% de la varianza en el estrés diario. Un estrés diario superior explicó el 35% de la varianza en la depresión.

Se han propuesto otras teorías de nivel medio derivadas del modelo de adaptación de Roy. Tsai (2003) ha propuesto una teoría de nivel medio del estrés del cuidador. Whittemore y Roy (2002)

desarrollaron una teoría de nivel medio de la adaptación a la diabetes mellitus utilizando síntesis de teorías. Sobre la base de un análisis de una teoría de nivel medio de Pollock (1993) de la enfermedad crónica y una revisión completa de la bibliografía, la reconceptualización del modelo de enfermedad crónica y la adición de conceptos como autogestión, integración y salud dentro de la enfermedad amplían más específicamente el modelo de adaptación de Roy a la diabetes mellitus. En las investigaciones de Pollock (1993) sobre la teoría de la adaptación a la enfermedad crónica participaron pacientes con diabetes insulinodependiente, esclerosis múltiple, hipertensión y artritis reumatoide. La teoría de la adaptación a la enfermedad crónica fue comprobada en el estudio de Harris (2012) para analizar los efectos de un programa de ejercicios doméstico sobre la percepción de la enfermedad en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.

Evolución

El modelo de adaptación de Roy es un abordaje a la enfermería que ha aportado, y sigue aportando, una importante contribución al corpus del conocimiento de enfermería; sin embargo, quedan áreas que se desarrollarán en el futuro a medida que avance la atención sanitaria. Una tipología definida minuciosamente de los diagnósticos de enfermería y una organización de las categorías de las intervenciones facilitarían su uso en la práctica de la enfermería. Los científicos que investigan desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy siguen observando una superposición en las categorías psicosociales del autoconcepto, la función del rol y la interdependencia. Recientemente, Roy ha redefinido *salud*, quitándole importancia al concepto del continuo entre la salud y la enfermedad, y presentando el concepto de salud como la integración y la totalidad de la persona. Este abordaje incorpora los mecanismos de adaptación del paciente en coma ante estímulos verbales y táctiles de un modo más claro. Sin embargo, como la salud no se conceptualizó de esta manera en los primeros trabajos, se abre una nueva área de investigación. Basándose en su revisión global de la bibliografía, Frederickson (2000) concluyó que existe un buen apoyo empírico para la conceptualización de Roy de la

persona y de la salud, y realizó las siguientes recomendaciones para investigaciones futuras: primero, existe una necesidad de diseñar estudios para comprobar las proposiciones relacionadas con el entorno y con la enfermería, y segundo, aunque se han comprobado intervenciones basadas en conceptos y proposiciones apoyados anteriormente, otras todavía deben ser comprobadas para documentar la evidencia.

Crítica

Claridad

Los conceptos del metaparadigma del modelo de adaptación de Roy (persona, entorno, enfermería y salud) están claramente definidos y son coherentes. Roy define claramente los cuatro modos de adaptación (fisiológico, autoestima, interdependencia y función del rol). Un reto del modelo que se identificó es la adhesión de Roy a una visión integral de la persona y el entorno, mientras que el modelo considera que la adaptación se produce en cuatro modos, y persona y entorno se conceptualizan como dos entidades distintas, que se afectan entre sí (Malinski, 2000). Una respuesta a este reto es que el modelo de adaptación de Roy es integral, porque un cambio en el entorno interno o externo (estímulo) produce una respuesta (se adapta) como un todo. De hecho, la perspectiva de Roy es compatible con otras teorías integrales, como la psiconeuroinmunología y la psiconeuroendocrinología. Como ejemplo, la psiconeuroinmunología es una teoría que propone una relación bidireccional entre la mente y el sistema inmunitario. El modelo de Roy es más amplio que la psiconeuroinmunología y proporciona una base teórica para el estudio, y los cuidados de enfermería, de la persona como un todo.

En publicaciones más recientes, Roy ha reconocido la naturaleza integral de las personas que viven en un universo que «avanza en su estructura, organización y complejidad. Más que tratarse de un sistema que actúa para mantenerse a sí mismo, el énfasis se traslada al propósito de la existencia humana en un universo creativo» (Roy y Andrews, 1999, pág. 35).

Roy ha escrito que otras disciplinas se centran en un aspecto de la

persona, y que la enfermería ve a la persona como un todo (Roy y Andrews, 1999). «Según los supuestos filosóficos del modelo de enfermería, se considera que las personas son coextensivas con sus entornos físico y social. Los profesionales de enfermería adoptan una postura basada en los valores, centrándose en la conciencia, la iluminación y la fe» (Roy y Andrews, 1999, pág. 539). Roy sostiene que las personas tienen relaciones mutuas, integrales y simultáneas con el universo y con Dios, y que, como seres humanos que son, «usan su capacidad creativa de conciencia, esclarecimiento y fe en los procesos de derivación, preservación y transformación del universo» (Roy y Andrews, 1999, pág. 35). Al usar esta capacidad creativa, las personas (enfermas o sanas) participan activamente en su cuidado y son capaces de conseguir un nivel más alto de adaptación (salud).

Mastal y Hammond (1980) analizaron las dificultades que presentaba el modelo de Roy para clasificar ciertas conductas, porque las definiciones de los conceptos se superponían. El problema consistía en la conceptualización de la teoría y en la necesidad de categorías mutuamente excluyentes para clasificar la conducta humana. Ya no resulta un problema conceptualizar la posición de una persona en el continuo entre salud y enfermedad, porque Roy ha redefinido la salud como la integración personal. Otros investigadores han hecho referencia a la dificultad que presenta la clasificación de la conducta de manera exclusiva en un modo de adaptación (Bradley y Williams, 1990; Limandri, 1986; Nyqvist y Sjoden, 1993; Silva, 1987). Sin embargo, esta observación respalda la proposición de Roy de que la conducta en un modo de adaptación influye y es influida por los otros modos.

Sencillez

El modelo de Roy incluye los conceptos de enfermería, persona, salud-enfermedad, entorno, adaptación y actividades de enfermería. También incluye dos subconceptos (regulador y relacionador) y cuatro modos (fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia). Este modelo comprende varios conceptos principales y subconceptos, de forma que las afirmaciones relacionales son complejas hasta que se aprende el

modelo.

Generalidad

El amplio alcance del modelo de Roy es una ventaja, porque puede utilizarse para construir teorías y para derivar teorías de nivel medio, y así comprobarlas en estudios de rangos más pequeños de fenómenos (Reynolds, 1971). El modelo de Roy (Roy y Corliss, 1993) puede generalizarse a todos los ámbitos de la práctica de la enfermería, pero tiene un alcance limitado, porque se dirige principalmente a la adaptación persona-entorno del paciente, y la información sobre el profesional de enfermería está implícita.

Accesibilidad

Los conceptos amplios de Roy proceden de teorías de la psicología fisiológica, la psicología, la sociología y la enfermería; los datos empíricos indican que esta base teórica general tiene fundamento. El modelo de Roy ofrece una guía a los investigadores que quieren incorporar los fenómenos fisiológicos en sus estudios. Roy (1980) estudió y analizó 500 tipos de conductas de pacientes registradas por estudiantes de Enfermería. Propuso los cuatro modos de adaptación del ser humano a partir de este análisis.

Roy (Roy y McLeod, 1981; Roy y Roberts, 1981) ha identificado numerosas proposiciones en relación con los mecanismos del regulador y el relacionador, y los modos del autoconcepto, la función del rol y la interdependencia. Estas proposiciones se han apoyado en diversos grados en las teorías generales y en los datos empíricos. La mayoría de las proposiciones son afirmaciones relacionales y pueden comprobarse (Tiedeman, 1983). A lo largo de los años, se han formulado numerosas hipótesis contrastables derivadas del modelo (Hill y Roberts, 1981).

A pesar de los progresos realizados durante los últimos 25 años, la mayor necesidad para aumentar la precisión empírica del modelo de adaptación de Roy es que los investigadores desarrollen una teoría de rango medio basada en el modelo con referentes empíricos específicamente diseñados para medir los conceptos propuestos en la teoría derivada. Roy ha explicado un número significativo de proposiciones, teoremas y axiomas útiles para el desarrollo de

teorías de nivel medio. La naturaleza integral del modelo es útil para los investigadores en enfermería de todo el mundo interesados en la naturaleza compleja de los procesos de adaptación fisiológicos y psicosociales (Roy, 2011a, 2011b).

Importancia

El modelo de adaptación de Roy ofrece un proceso de enfermería claramente definido que es útil para guiar la práctica clínica. La utilidad del modelo ha sido demostrada globalmente por los profesionales de enfermería. Este modelo señala la dirección para los cuidados de enfermería de calidad que cubren las necesidades integrales del paciente. El modelo también puede generar información nueva al comprobar las hipótesis derivadas de sí mismo (Roy, 2011a; Roy y Corliss, 1993; Smith, Garvis y Martinson, 1983).

Resumen

El modelo de adaptación de Roy ha tenido una gran influencia sobre la profesión de enfermería. Es uno de los modelos más utilizados para guiar la investigación, la formación y la práctica de la enfermería. Este modelo se enseña como parte del plan de estudios de la mayoría de los programas de diplomatura, másteres y doctorados en Enfermería. La influencia del modelo de Roy sobre la investigación en enfermería se pone de manifiesto a través del gran número de estudios de investigación cuantitativos y cualitativos que ha guiado. El modelo ha inspirado el desarrollo de muchas teorías de enfermería de nivel medio y de instrumentos de adaptación. Sor Callista Roy sigue perfeccionándolo para la investigación, la formación y la práctica de la enfermería.

Según Roy, las personas son sistemas integrales de adaptación y el centro de la enfermería. El entorno interno y externo consta de todos los fenómenos que rodean al sistema humano de adaptación y afecta a su desarrollo y conducta. Las personas están en constante interacción con el entorno e intercambian información, materia y energía; es decir, las personas afectan y se ven afectadas por el entorno, que es la fuente de los estímulos que amenazan o fomentan la existencia de una persona. Para su supervivencia, el

sistema de adaptación humano debe responder de manera positiva a los estímulos del entorno. Los seres humanos elaboran respuestas de adaptación eficaces o ineficaces frente a estos estímulos. La adaptación fomenta la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control, y la transformación de las personas y del entorno. Roy define *salud* como un estado en el que el ser humano se convierte en un ser completo e integrado.

En el modelo de adaptación de Roy se describen tres tipos de estímulos del entorno. El estímulo focal es con lo que se enfrenta el individuo de manera más inmediata, y demanda la mayoría de su atención y energía de adaptación. Los estímulos contextuales son el resto de estímulos presentes en la situación, que contribuyen positiva o negativamente a la fuerza del estímulo focal. Los estímulos residuales afectan al estímulo focal, pero sus efectos no se conocen fácilmente. Estos tres tipos de estímulos juntos forman el nivel de adaptación. El nivel de adaptación de una persona puede ser integrado, compensatorio o comprometido.

Los mecanismos de afrontamiento se refieren a los procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para enfrentarse a estímulos del entorno. Pueden clasificarse de manera amplia como un subsistema regulador o relacionador. El subsistema regulador responde automáticamente a través de procesos de afrontamientos innatos neurales, químicos y endocrinos. El subsistema relacionador responde a través de procesos cognitivo-emocionales innatos y adquiridos, que comprenden el procesamiento perceptual y de la información, el aprendizaje, el juicio y la emoción.

Las conductas que manifiestan adaptación pueden observarse en cuatro modos de adaptación. El modo fisiológico hace referencia a las respuestas físicas de la persona al entorno, y la necesidad subyacente es la integridad fisiológica. El modo del autoconcepto hace referencia a los pensamientos, las creencias o los sentimientos de una persona sobre sí misma en un momento determinado. La necesidad básica del modo del autoconcepto es la integridad psíquica o espiritual. El autoconcepto es una creencia compuesta sobre el yo, que se forma a partir de las percepciones internas y las percepciones de los demás. El modo del autoconcepto comprende el yo físico (sensación corporal e imagen corporal) y el yo personal (autocoherencia, yo ideal y yo moral-ético-espiritual). El modo de la

función del rol se refiere a los roles primarios, secundarios y terciarios que una persona desempeña en la sociedad.

La necesidad básica del modo de adaptación de la función del rol es la integridad social o saber cómo comportarse y qué se espera de uno en la sociedad. El modo de adaptación de la interdependencia hace referencia a las relaciones entre las personas. La necesidad básica del modo de adaptación de la interdependencia es la integración social o dar y recibir amor, respeto y valor por parte de las personas queridas y de los sistemas de apoyo social (tabla 17.1).

TABLA 17.1

Perspectiva general de los modos de adaptación

Subsistema	Modo de adaptación	Necesidades de afrontamiento
Regulador	**Fisiológico** El modo de adaptación fisiológico hace referencia a la manera en que una persona, como ser físico, responde e interactúa con los entornos interno y externo **Necesidad básica:** integridad fisiológica	**Oxigenación:** mantener la oxigenación adecuada a través de la ventilación, el intercambio gaseoso y el transporte de gases **Nutrición:** mantener el funcionamiento, fomentar el crecimiento y sustituir tejidos a través de la ingestión y la asimilación de los alimentos **Eliminación:** excreción de los desechos metabólicos, principalmente a través del intestino y el riñón **Actividad y reposo:** mantener un equilibrio entre la actividad física y el reposo **Protección:** defender el organismo contra la infección, los traumatismos y los cambios de temperatura, principalmente mediante las estructuras tegumentarias y la inmunidad innata y adquirida **Sentidos:** permitir que las personas interactúen con su entorno mediante la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato **Equilibrio hídrico, electrolítico y acidobásico:** mantener el equilibrio homeostático hídrico, electrolítico y acidobásico para fomentar el funcionamiento celular, extracelular y sistémico **Funcionamiento neurológico:** coordinar y controlar los movimientos corporales, la conciencia y los procesos cognitivo-emocionales **Funcionamiento endocrino:** integrar y

		coordinar las funciones corporales
Relacionador	**Autoconcepto** El modo de adaptación del autoconcepto hace referencia a las características psicológicas y espirituales de una persona El autoconcepto consta del producto de los sentimientos de una persona sobre sí misma en un momento dado El autoconcepto se forma a partir de las percepciones internas y de las percepciones de las reacciones de los otros El autoconcepto tiene dos dimensiones principales: el yo físico y el yo personal **Necesidad básica:** integridad psíquica y espiritual **Interdependencia** **Necesidad básica:** integridad relacional o seguridad en las relaciones positivas **Función del rol** **Necesidad básica:** integridad social	**Yo físico** **Sensación corporal:** mantener un sentimiento positivo sobre el propio ser físico (es decir, funcionamiento físico, sexualidad y salud) **Imagen corporal:** mantener una visión positiva del propio cuerpo y del aspecto físico **Yo personal** **Autocoherencia:** mantener una autoorganización consistente y evitar el desequilibrio **Yo ideal o autoexpectativas:** mantener una visión positiva o esperanzada de lo que uno es, lo que uno espera ser y lo que uno espera hacer **Yo moral-espiritual-ético:** mantener una evaluación positiva de lo que uno es Mantener relaciones cercanas y positivas con las personas que quieren dar y recibir amor, respeto y valor Saber quién es uno mismo y cuáles son las expectativas de la sociedad, de manera que pueda actuar correctamente dentro de ella

El objetivo de la enfermería es fomentar las respuestas de adaptación. Esto se consigue a través de un proceso de enfermería en seis pasos: evaluación de la conducta, evaluación de los estímulos, diagnósticos de enfermería, establecimiento de objetivos, intervención y evaluación. Las intervenciones de enfermería se centran en la gestión de los estímulos del entorno, «modificándolos, aumentándolos, disminuyéndolos, eliminándolos o manteniéndolos» (Roy y Andrews, 1999, pág. 86).

Meleis (1985) propuso que el enfoque de los trabajos teóricos de enfermería es de tres tipos:

1. Centrado en las necesidades.
2. Centrado en la interacción.
3. Centrado en el resultado.

Meleis (1985, 2007) clasifica el modelo de adaptación de Roy como una teoría centrada en el resultado. Al aplicar los conceptos de sistema y adaptación a la persona como paciente de enfermería, Roy presenta su idea de persona para que los profesionales de enfermería la utilicen como una herramienta en la práctica, la

formación y la investigación. Sus concepciones de persona y del proceso de enfermería contribuyen a la ciencia y al arte de la enfermería. El modelo de adaptación de Roy merece un estudio más exhaustivo y un mayor desarrollo por parte de los profesionales de enfermería dedicados a la docencia, la investigación y la práctica.

Caso clínico

Se ingresa a un paciente de 23 años con una fractura de C6 y C7 que acaba en tetraplejía. Se lesionó en un partido de fútbol americano en la universidad, donde estudia el último curso de la carrera. Su trayectoria como pasador había sido muy prometedora. Cuando se produjo el accidente, estaba negociando un contrato con un equipo de fútbol profesional de primera división.

1. Utilice los criterios de Roy para identificar los estímulos focales y contextuales de los cuatro modos de adaptación.
2. Considere qué adaptaciones serían necesarias en cada uno de los cuatro modos de adaptación: 1) fisiológico; 2) autoconcepto; 3) interdependencia, y 4) función del rol.
3. Diseñe una intervención de enfermería para cada modo con el fin de fomentar la adaptación.

Actividades de pensamiento crítico

1. Karen, una recién graduada de un programa de enfermería basado en el modelo de adaptación de Roy, está realizando sus evaluaciones matinales. Entra en la habitación del Sr. Shadeed, que está esperando una preparación preoperatoria para una laparotomía para explorar una masa desconocida. Esta mañana el Sr. Shadeed está muy irritable. Dice que está sediento. Karen sigue evaluando al Sr. Shadeed.
    a. ¿Qué otros datos necesitará de cada uno de los cuatro modos de adaptación antes de aplicar las intervenciones de enfermería?
    b. ¿Cuáles son los estímulos focales, contextuales y residuales?
    c. ¿Cuáles son las posibles intervenciones?
    d. ¿Qué proceso puede utilizar Karen para escoger la

mejor intervención de enfermería?

2. Aunque sería fácil asumir que las necesidades de cuidados de enfermería del Sr. Shadeed proceden de la ansiedad durante el período preoperatorio, esta suposición puede ser cierta o no. La evaluación de los estímulos en cada uno de los cuatro modos de adaptación permitirá a Karen valorar los estímulos focales, contextuales y residuales, y llegar al diagnóstico correcto. Identifique los demás datos de la evaluación que Karen necesitará reunir para cada uno de los siguientes modos de adaptación.
    - Modo de adaptación fisiológica.
    - Modo de adaptación del autoconcepto.
    - Modo de adaptación de la función del rol.
    - Modo de adaptación de la interdependencia.

Referencias para ampliar conocimientos

- *Nursing Science Quarterly* (2011). *24*(4); número completo en honor a Roy y a su trabajo.
- Phillips, K. D. (2014). Roy's adaptation model in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 263–284). St Louis, MO: Mosby-Elsevier.
- Roy, C., & Jones, D. (Eds.). (2007). *Nursing knowledge development and clinical practice.* New York: Springer.
- Roy, C. (2007). Update from the future: Thinking of theorist Sr. Callista Roy. *Nursing Science Quarterly, 20*(2), 113–116.
- Sr. Callista Roy. *Portraits of excellence: The nurse theorists* (vídeo/DVD), vol 1. Athens, OH: Fitne, Inc.
- Sr. Callista Roy. *Adaptation: Excellence in action* (vídeo/DVD). Athens, OH: Fitne, Inc.

Bibliografía

Andrews H. Overview of the role function mode. In: Roy C, Andrews H, eds. *The Roy adaptation model: The definitive statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1991:347–361.

Andrews H, Roy C. *Essentials of the Roy adaptation model*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986.

Andrews H, Roy C. Essentials of the Roy adaptation model. In: Roy C, Andrews H, eds. *The Roy adaptation model: The definitive statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1991:3–25.

Bradley KM, Williams DM. A comparison of the preoperative concerns of open heart surgery patients and their significant others. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1990;5(1):43–53.

Brower HT, Baker BJ. The Roy adaptation model. Using the adaptation model in a practitioner curriculum. *Nursing Outlook*. 1976;24:686–689.

Buckner EB, Simmons S, Brakefield JA, Hawkins AK, Feeley C, Kilgore LAF, et al. Maturing responsibility in young teens participating in an asthma camp: Adaptive mechanisms and outcomes. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2007;12:24–36.

Chinn P, Kramer M. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St Louis: Mosby-Elsevier; 2008.

Chiou CP. A meta-analysis of the interrelationships between the modes in Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13:252–258.

Cooley CH. *Human nature and the social order*. New York: Scribner; 1902.

Cunningham DA. Application of Roy's adaptation model when caring for a group of women coping with menopause. *Journal of Community Health Nursing*. 2002;19:49–60.

Davies P. *The cosmic blueprint*. New York: Simon & Schuster; 1988.

De Chardin PT. *The phenomenon of man*. New York: Harper & Row; 1959.

De Chardin PT. *Hymn of the universe*. New York: Harper & Row; 1965.

De Chardin PT. *Man's place in nature*. New York: Harper & Row; 1966.

De Chardin PT. *Human energy*. New York: Harper & Row; 1969.

DeSanto-Madeya S. Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:57–66.

Dickoff J, James P, Wiedenbach E. Theory in a practice discipline. I. Practice oriented discipline. *Nursing Research*. 1968;17:415–435.

Dickoff J, James P, Wiedenbach E. Theory in a practice discipline. II. Practice oriented research. *Nursing Research*. 1968;17:545–554.

DiMattio MJ, Tulman L. A longitudinal study of functional status and correlates following coronary artery bypass graft surgery in women. *Nursing Research*. 2003;52:98–107.

Dobratz MC. Putting the pieces together: Teaching undergraduate research from a theoretical perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41:383–392.

Dobratz MC. Toward development of a middle-range theory of

psychological adaptation in death and dying. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):370–376.

Ducharme E, Ricard N, Duquette A, Levesque L, Lachance L. Empirical testing of a longitudinal model derived from the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11:149–159.

Dunn KS. Toward a middle-range theory of adaptation to chronic pain. *Nursing Science Quarterly*. 2004;77:78–84.

Farkas L. Adaptation problems with nursing home application for elderly persons: An application of the Roy adaptation nursing model. *Journal of Advanced Nursing*. 1981;6:363–368.

Fawcett J. The nurse theorists: 21st-century updates —Callista Roy. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:308–310.

Fawcett J. Roy's adaptation model. In: Fawcett J, ed. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. 2nd ed Philadelphia: F. A. Davis; 2005:364–437.

Frame K, Kelly L, Bayley E. Increasing perceptions of self-worth in preadolescents diagnosed with ADHD. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003;35:225–229.

Frederickson K. Nursing knowledge development through research: Using the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13:12–16.

Galligan AC. Addressing small children. Using Roy's concept of adaptation to care for young children. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 1979;4:24–28.

Harris, R.F. (2012). Effects of a home-based exercise program on perception of illness and adaptation in heart failure patients. PhD diss., University of Tennessee, 2012. http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1475.

Hill BJ, Roberts CS. Formal theory construction: An example of the process. In: Roy C, Roberts SL, eds. *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1981.

Illich I. Medical nemesis. *Lancet*. 1974;1:918–921.

Illich I. *Limits to medicine: Medical nemesis, the expropriation of health*. London: Boyars; 1976.

Jirovec MM, Jenkins J, Isenberg M, Baiardi J. Urine control theory derived from Roy's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12:251–255.

Kan EZ. Perceptions of recovery, physical health, personal meaning, role function, and social support after first-time coronary artery bypass surgery. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2009;28:189–195.

Levesque L, Ricard N, Ducharme F, Duquette A, Bonin JP. Empirical verification of a theoretical model derived from the Roy adaptation

model: Findings from five studies. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(1):31–39.

Limandri BJ. Research and practice with abused women—Use of the Roy adaptation model as an explanatory framework. *Advances in Nursing Science*. 1986;8:52–61.

Malinski VM. Commentary. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(1):16–17.

Mastal MF, Hammond H. Analysis and expansion of the Roy adaptation model: A contribution to holistic nursing. *Advances in Nursing Science*. 1980;2:71–81.

Mastal MF, Hammond H, Roberts MP. Theory into hospital practice: A pilot implementation. *Journal of Nursing Administration*. 1982;12:9–15.

McDonald FJ, Harms M. Theoretical model for an experimental curriculum. *Nursing Outlook*. 1966;14:48–51.

Meleis AI. *Theoretical nursing development and progress*. Philadelphia: Lippincott; 1985.

Meleis AI. *Theoretical nursing development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2007.

Modrcin-McCarthy MA, McCue S, Walker J. Preterm infants and STRESS: A tool for the neonatal nurse. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 1997;10:62–71.

Modrcin-Talbott MA, Harrison LL, Groer MW, Younger MS. The biobehavioral effects of gentle human touch on preterm infants. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16:60–67.

Modrcin-Talbott MA, Pullen L, Ehrenberger H, Zandstra K, Muenchen B. Self esteem in adolescents treated in an outpatient mental health setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1998;21:159–171.

Modrcin-Talbott MA, Pullen L, Zandstra K, Ehrenberger H, Muenchen B. A study of self-esteem among well adolescents: Seeking a new direction. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1998;21:229–241.

Nayback AM. PTSD in the combat veteran: Using Roy's adaptation model to examine the combat veteran as a human adaptive system. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009;30:304–310.

Newman DM. The inventory of functional status —Caregiver of a child in a body cast. *Journal of Pediatric Nursing*. 1997;12:142–147.

Newman DM. Responses to caregiving: A reconceptualization using the Roy adaptation model. *Holistic Nursing Practice*. 1997;12:80–88.

Nuamah IF, Cooley ME, Fawcett J, McCorkle R. Testing a theory for health-related quality of life in cancer patients: A structural equation approach. *Research in Nursing & Health*. 1999;22:231–242.

Nyqvist KH, Sjoden PO. Advice concerning breast-feeding from mothers of

infants admitted to a neonatal intensive-care unit—The Roy adaptation model as a conceptual structure. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18:54–63.

Pollock SE. Adaptation to chronic illness: A program of research for testing nursing theory. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6(2):86–92.

Rambo B. *Adaptation nursing: Assessment and intervention*. Philadelphia: Saunders; 1983.

Ramini SK, Brown R, Buckner EB. Embracing changes: Adaptation by adolescents with cancer. *Pediatric Nursing*. 2008;34:72–79.

Randell B, Tedrow MP, Van Landingham J. *Adaptation nursing: The Roy conceptual model applied*. St Louis: Mosby; 1982.

Reynolds PD. *A primer in theory construction*. Indianapolis: Bobbs-Merrill; 1971.

Riehl JP, Roy C. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed New York: Appleton-Century-Crofts; 1980.

Roy C. Adaptation: A conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook*. 1970;18:42–45.

Roy C. Adaptation: A basis for nursing practice. *Nursing Outlook*. 1971;19:254–257.

Roy C. Adaptation: Implications for curriculum change. *Nursing Outlook*. 1973;21:163–168.

Roy C. A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook*. 1975;23:90–94.

Roy C. *Introduction to nursing, An adaptation model*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1976.

Roy C. The impact of nursing diagnosis. *Nursing Digest*. 1976;4:67–69.

Roy C. Relating nursing theory to nursing education: A new era. *Nurse Educator*. 1979;4:16–21.

Roy C. The Roy adaptation model. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:179–188.

Roy C. *Introduction to nursing: An adaptation model*. 2nd ed Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.

Roy C. Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):42–48.

Roy C. The visible and invisible fields that shape the future of the nursing care system. *Nursing Administration Quarterly*. 2000;25(1):119–131.

Roy C. Research based on the Roy adaptation model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):312–320.

Roy C. Extending the Roy adaptation model to meet changing global

needs. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):345–351.

Roy C, Andrews H. *The Roy adaptation model: The definitive statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1991.

Roy C, Andrews H. *The Roy adaptation model*. 2nd ed Upper Saddle River, NJ: Pearson; 1999.

Roy C, McLeod D. Theory of the person as an adaptive system. In: Roy C, Roberts S, eds. *Theory construction in nursing: Art adaptation model*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1981:49–69.

Roy C, Obloy M. The practitioner movement. *American Journal of Nursing*. 1978;78:1698–1702.

Roy C, Roberts S. *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1981.

Roy C, Zhan L. The Roy adaptation model: Theoretical update and knowledge for practice. In: Parker ME, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: FADavis; 2001:315–342.

Roy SC, Corliss CP. The Roy adaptation model: Theoretical update and knowledge for practice. In: Parker ME, ed. *Patterns of nursing theories in practice. (NLN Pub. 15-2548)*. New York: National League for Nursing; 1993.

Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Research in Nursing & Health*. 2002;25:459–470.

Samarel N, Fawcett J, Krippendorf K, Piacentino JC, Eliasof B, Hughes P, et al. Women's perception of group support and adaptation to breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28(6):1259–1268.

Samarel N, Fawcett J, Tulman L, Rothman H, Spector L, Spillane PA, et al. A resource kit for women with breast cancer: Development and evaluation. *Oncology Nursing Forum*. 1999;26(3):611–618.

Senesac P, Chestnut Hill MA. Implementing the Roy adaptation model: From theory to practice. *Roy Adaptation Review*. 2003;4(2).

Silva MC. Research testing nursing theory: State of the art. *Advances in Nursing Science*. 1986;9:1–11.

Silva MC. Needs of spouses of surgical patients: A conceptualization within the Roy adaptation model. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1987;1:29–44.

Smith CE, Garvis MS, Martinson IM. Content analysis of interviews using a nursing model: A look at parents adapting to the impact of childhood cancer. *Cancer Nursing*. 1983;6:269–275.

Starnes TM, Peters RM. Anger, expression, and blood pressure in adolescents. *Journal of School Nursing*. 2004;20:335–342.

Swimme B, Berry T. *The universe story*. San Francisco: Harper; 1992.

Tiedeman ME. The Roy adaptation model. In: Fitzpatrick J, Whall A, eds. *The Roy adaptation model*. Bowie, MD: Brady; 1983:157–180.

Tsai PF. Middle-range theory of caregiver stress. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16(2):137–145.

Tsai PF, Tak S, Moore C, Palencia I. Testing a theory of chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43:158–169.

Villareal E. Using Roy's adaptation model when caring for a group of young women contemplating quitting smoking. *Public Health Nursing*. 2003;20:377–384.

Wagner P. The Roy adaptation model. Testing the adaptation model in practice. *Nursing Outlook*. 1976;24:682–685.

Weiland S. Integrating spirituality into critical care: An APN perspective using Roy's adaptation model. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2010;33:282–291.

Weiss M, Fawcett J, Aber C. Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18:2938–2948.

Whittemore R, Roy C. Adapting to diabetes mellitus: A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:311–317.

Woods SJ, Isenberg MA. Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(3):215–221.

Yeh CH. Health-related quality of life in pediatric patients with cancer—A structural equation approach with the Roy adaptation model. *Cancer Nursing*. 2002;25:74–80.

Young-McCaughan S, Mays MZ, Arzola SM, Yoder LH, Dramiga SA, Leclerc KM, et al. Research and commentary: Change in exercise tolerance, activity and sleep patterns, and quality of life in patients with cancer participating in a structured exercise program. *Oncology Nursing Forum*. 2003;30:441–454.

Zeigler L, Smith PA, Fawcett J. Breast cancer: Evaluation of Common Journey Breast Cancer Support Group. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13:467–478.

Zhan L. Cognitive adaptation and self-consistency in hearing-impaired older persons: Testing Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(2):158–165.

Zhan L, Shen C. The development of an instrument to measure self-consistency. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;20:509–516.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Andrews H, Roy C. *Essentials of the Roy adaptation model*. Norwalk CT: Appleton-Century-Crofts; 1986.

Boston-Based Adaptation Research in Nursing Society *Roy adaptation model–based research: 25 years of contributions to nursing science*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 1999.

Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1974.

Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed New York: Appleton-Century-Crofts; 1980.

Roy C. *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1976.

Roy C. *Introduction to nursing: An adaptation model (Japanese translation by Yuriko Kanematsu)*. Tokyo, Japan: UNI Agency; 1982.

Roy C. *Introduction to nursing: An adaptation model*. 2nd ed Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.

Roy C, Andrews HA. *The Roy adaptation model: The definitive statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1991.

Roy C, Andrews HA. *The Roy adaptation model*. 2nd ed Stamford, CT: Appleton & Lange; 1999.

Roy C, Roberts S. *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1981.

Roy C, Jones D, eds. *Nursing knowledge development and clinical practice*. New York: Springer; 2007.

Capítulos de libros

Barone SH, Roy C. The Roy adaptation model in research: Rehabilitation nursing. In: Walker PH, Neuman B, eds. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration*. New York: National League for Nursing; 1996:64–87.

Morgillo-Freeman S, Roy C. Cognitive behavior therapy and the Roy adaptation model: A discussion of theoretical integration. In: Freeman SM, Freeman A, eds. *Cognitive behavior therapy in nursing practice*. New York: Springer; 2005:3–27.

Roy C. The Roy adaptation model. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual*

models for nursing practice. New York: Appleton-Century-Crofts; 1974:135–144.

Roy C. The Roy adaptation model. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:179–188.

Roy C, A systems model of nursing care and its effect on the quality of human life. *Systems research in health care, biocybernetics, and ecology*. Lasker GE, ed. *Applied systems and cybernetics*, Vol. 4. New York: Pergamon; 1981:1705–1714.

Roy C. A conceptual framework for clinical specialist practice. In: Hamrick AB, Spross J, eds. *The clinical nurse specialist in theory and practice*. New York: Grune & Stratton; 1983:3–20.

Roy C. The expectant family: Analysis and application of the Roy adaptation model, and the family in primary care—Analysis and application of the Roy adaptation model. In: Clements IW, Roberts FB, eds. *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley; 1983:298–303.

Roy C. Roy adaptation model. In: Clements I, Roberts F, eds. *Family health: A theoretical approach to family health*. New York: Wiley; 1983:255–278.

Roy C. Theory development in nursing: A proposal for direction. In: Chaska N, ed. *The nursing profession: A time to speak*. New York: McGraw-Hill; 1983:453–467.

Roy C. The influence of nursing models on clinical decision making II. In: Hannah KJ, Reimer M, Mills WC, Letourneau S, eds. *Clinical judgment and decision making. The future of nursing diagnosis*. New York: Wiley; 1987:42–47.

Roy C. Roy's adaptation model. In: Parse RR, ed. *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders; 1987:35–45.

Roy C. Sister Callista Roy. In: Schorr TM, Zimmerman A, eds. *Making choices: Taking chances*. St Louis: Mosby; 1988:291–298.

Roy C. The Roy adaptation model. In: Riehl JP, ed. *Conceptual models for nursing practice*. 3rd ed Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1989:105–114.

Roy C. Altered cognition: An information processing approach. In: Mitchell PH, Hodges LC, Muwaswes M, Walleck CA, eds. *AANN's neuroscience nursing: Phenomenon and practice: Human responses to neurological health problems*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1991:185–211.

Roy C. Structure of knowledge: Paradigm, model, and research specifications for differentiated practice. In: Goertzen IE, ed. *Differentiating nursing practice: Into the twenty-first century*. Kansas City, MO: American Academy of Nursing; 1991:31–39.

Roy C. Vigor, variables, and vision: Commentary of Florence Nightingale.

In: Nightingale F, ed. *Notes on nursing: What it is, and what it is not (Commemorative edition,*. Philadelphia: Lippincott; 1992:63–71.

Roy C. Alteration in cognitive processing. In: Stewart-Amidei C, Kunkel J, Bronstein K, eds. *AANN's neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction*. 2nd ed Philadelphia: Saunders; 2000:275–323.

Roy C. *NANDA and the nurse theorists: The truth of nursing theory. In North American Nursing Diagnosis Association, Classification of nursing diagnoses*. St Louis: Mosby; 2000: pp. 59–57.

Roy C. Alterations in cognitive processing. In: Stewart-Amidei C, Kunkel JA, eds. *AANN's neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction*. 2nd ed Philadelphia: Saunders; 2001.

Roy C. The Roy adaptation model: Historical and philosophical foundations. In: Maria Elisa Moreno, ed. *Application del model adaptacion en el ciclo vital humano*. 2nd ed Chia, Colombia: Universidad de La Sabana; 2007.

Roy C, Anway J. Roy's adaptation model: Theories and hypotheses for nursing administration. In: Henry B, DiVincenti M, Arndt C, Marriner Tomey A, eds. *Dimensions of nursing administration: Theory, research, education, and practice*. Boston: Blackwell Scientific; 1989:75–88.

Roy C, Corliss CP. The Roy adaptation model. Theoretical update and knowledge for practice. In: Parker ME, ed. *Patterns of nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1993:215–229.

Roy C, McLeod D. Theory of the person as an adaptive system. In: Roy C, Roberts SL, eds. *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1981:49–69.

Roy C, Zhan L. The Roy adaptation model: A basis for developing knowledge for practice with the elderly. In: Parker M, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2001:315–342.

Artículos de revistas

Artinian NT, Roy C. Strengthening the Roy adaptation model through conceptual clarification. Commentary (Artinian) and response (Roy). *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(2):60–66.

Hanna DR, Roy C. Roy adaptation model perspectives on family. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(1):9–13.

Pollock SE, Frederickson K, Carson MA, Massey VH, Roy C. Contributions to nursing science: Synthesis of findings from adaptation model research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1994;8(4):361–374.

Roy C. Adaptation: A conceptual framework in nursing. *Nursing Outlook*. 1970;18:42–45.

Roy C. Adaptation: A basis for nursing practice. *Nursing Outlook*.

1971;19:254–257.

Roy C. Adaptation: Implications for curriculum change. *Nursing Outlook*. 1973;21:163–168.

Roy C. A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook*. 1975;23:90–94.

Roy C. The impact of nursing diagnosis. *AORN Journal*. 1975;21:1023–1030.

Roy C. The Roy adaptation model: Comment. *Nursing Outlook*. 1976;24:690–691.

Roy C. Nursing diagnosis from the perspective of a nursing model. *Nursing Diagnosis Newsletter*. 1979;6(3):1–3.

Roy C. Relating nursing theory to nursing education: A new era. *Nurse Educator*. 1979;4(2):16–21.

Roy, C. (1980). Exposé de Callista Roy sur theories. Exposé de Callista Roy sur l'utilisation de sa theories au nouveau de la recherche. *Acta Nursologica, 3*.[Essay by Castilla Roy on theories. Essay by Castilla Roy on utilization of her theories in new research. *Acta Nursologica, 3*].

Roy C. Response to "Needs of spouses of surgical patients, a conceptualization within the Roy adaptation model". *Scholarly Journal for Nursing Practice*. 1987;1(1):45–50.

Roy C. An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(1):26–34.

Roy C. Human information processing and nursing research. *Annual Review of Nursing Research*. 1988;6:237–262.

Roy C. Case reports can provide a standard for care in nursing practice. *Journal of Professional Nursing*. 1990;6(3):179–180.

Roy C. Strengthening the Roy adaptation model through conceptual clarification. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(2):64–66.

Roy C. Theory and research for clinical knowledge development. *Journal of Japanese Nursing Research*. 1991;14(1):21–29.

Roy C. Developing nursing knowledge: Practice issues raised from four philosophical perspectives. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(2):79–85.

Roy C. Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):42–48.

Roy C. Critique: Research on cognitive consequences of treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Seminars in Oncology Nursing*. 2000;16(4):291.

Roy C. A theorist envisions the future and speaks to nursing administrators. *Nursing Administration Quarterly*. 2000;24(2):1–12.

Roy C. The visible and invisible fields that shape the future of the nursing care system. *Nursing Administration Quarterly*. 2000;25(1):119–131.

Roy C. Reflections on nursing research and the Roy adaptation model. *Japanese Journal of Nursing Research*. 2003;36(1):7–11.

Roy C. Update from the future: Thinking of theorist Sr. *Callista Roy. Nursing Science Quarterly*. 2007;20(2):113–116.

Roy C. Research based on the Roy adaptation model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):312–320.

Roy C. Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):345–351.

Whittemore R, Roy C. Adapting to diabetes mellitus: A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(4):311–317.

Tesis doctorales

Roy C. *Decision-making by the physically ill and adaptation during illness. Unpublished doctoral dissertation*. Los Angeles: University of California; 1977.

Fuentes secundarias

Capítulos de libros

Fawcett J. Roy's adaptation model. In: Fawcett J, ed. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis; 2005:364–437.

Galbreath J. Roy adaptation model: Sister Callista Roy. In: George JB, ed. *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002:295–338.

Phillips KD. Roy's adaptation model in nursing practice. In: Alligood MR, Tomey AM, eds. *Nursing theory: Utilization & application*. St Louis: Mosby; 2002:289–314.

Tiedeman ME. Roy's adaptation model. In: Fitzpatrick JJ, Whall AL, eds. *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. 4th ed Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 2005:146–176.

Tesis doctorales

Ahern, E. (2006). *Elaboration d'un modele theorique de l'agression en milieu psychiatrique et developpement d'instruments de mesure* (Doctoral dissertation. Universite de Montreal, 2006). *Dissertation Abstracts International*, *68*, 3698.

Arcamone, A.A. (2005). *The effect of prenatal education on adaptation to motherhood after vaginal childbirth in primiparous women as assessed by Roy's four adaptive modes* (Doctoral dissertation, Widener University). *Dissertation Abstracts International*, *66*, 4722.

Beck-Little, R. (2000). *Sleep enhancement interventions and the sleep of*

institutionalized older adults (Doctoral dissertation, University of South Carolina). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 3503.

Black, K.D. (2004). *Physiologic responses, sense of well-being, self-efficacy for self-monitoring role, perceived availability of social support, and perceived stress in women with pregnancy-induced hypertension* (Doctoral dissertation, Widener University). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 1773.

Chayaput, P. (2004). *Development and psychometric evaluation of the Thai version of the Coping and Adaptation Processing Scale* (Doctoral dissertation, Boston College). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 2864.

Cheng, S. (2002). *A multi-method study of Taiwanese children's pain experience* (Doctoral dissertation, University of Colorado Health Sciences Center). *Dissertation Abstracts International*, *63*, 1265.

Dunn, K.S. (2001). *Adaptation to chronic pain: Religious and non-religious coping in Judeo-Christian elders* (Doctoral dissertation, Wayne State University). *Dissertation Abstracts International*, *62*, 5640.

Frame, K.R. (2002). *The effect of a support group on perceptions of scholastic competence, social acceptance and behavioral conduct in preadolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder* (Doctoral dissertation, Widener University). *Dissertation Abstracts International*, *63*, 737.

Gipson-Jones, T.L. (2005). *The relationship between work-family conflict, job satisfaction and psychological well-being among African American nurses* (Doctoral dissertation, Hampton University). *Dissertation Abstracts International*, *66*, 2512.

Harner, H.M. (2001). *Obstetrical outcomes of teenagers with adult and peer age partners* (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania). *Dissertation Abstracts International*, *62*, 2256.

Harris, R.F. (2012). *Effects of a home-based exercise program on perception of illness and adaptation in heart failure patients* (Doctoral dissertation, University of Tennessee). Retrieved from http://www.trace.tennessee.edu.

Henderson, P.D. (2002). *African-American women coping with breast cancer* (Doctoral dissertation, Hampton University). *Dissertation Abstracts International*, *63*, 5764.

Huang, C.M. (2002). *Sleep and daytime sleepiness in first-time mothers during early postpartum in Taiwan* (Doctoral dissertation, University of Texas at Austin). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 3189.

Jenkins, B.E. (2006). *Emotional intelligence of faculty members, the learning environment, and empowerment of baccalaureate students* (Doctoral dissertation, Columbia University). *Dissertation Abstracts International*, *67*, 3701.

Kan, E.Z. (2007). *Adaptive behaviors and perceptions of recovery following*

coronary artery bypass graft surgery (Doctoral dissertation, Widener University). *Dissertation Abstracts International*, *68*, 4390.

Kittiwatanapaisan, W. (2002). *Measurement of fatigue in myasthenia gravis patients* (Doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham). *Dissertation Abstracts International*, *63*, 4595.

Klein, G.J. M. (2000). *The relationships among anxiety, self-concept, the impostor phenomenon, and generic senior baccalaureate nursing students' perceptions of clinical competency* (Doctoral dissertation, Widener University). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 5236.

Kochniuk, L. (2004). *We never buy green bananas: The oldest old. A phenomenological study* (Doctoral dissertation, University of Idaho). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 2318.

Lefaiver, C.A. (2006). *Quality of life: The dyad of caregivers and lung transplant candidates* (Doctoral dissertation, Loyola University). *Dissertation Abstracts International*, *67*, 4978.

Lu, Y. (2001). *Caregiving stress effects on functional capability and self-care behavior for elderly caregivers of persons with Alzheimer's disease* (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Health Sciences). *Dissertation Abstracts International*, *62*, 1807.

Mahoney, E.T. (2000). *The relationships among social support, coping, self-concept, and stage of recovery in alcoholic women* (Doctoral dissertation, Catholic University of America). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 1872.

Otten, R. (2005). History of associate degree nursing at Mount St. Mary's College: 1970-2005 (Doctoral dissertation, Pepperdine University). Dissertation Abstracts International, 67, 492.

Phahuwatanakorn, W. (2004). *The relationships between social support, maternal employment, postpartum anxiety, and maternal role competencies in Thai primiparous mothers* (Doctoral dissertation, Catholic University of America). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 5451.

Sabatini, M. (2003). *Exercise and adaptation to aging in older women* (Doctoral dissertation, Widener University). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 3748.

Saint-Pierre, C. (2003). *Elaboration et verification d'un modele predictif de l'adaptation aux roles associes de mere et de travailleuse a statut precaire* (Doctoral dissertation. Universite de Montreal). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 1252.

Sander, R.A. (2004). *Measurement of functional status in the spinal cord injured patient* (Doctoral dissertation, Saint Louis University). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 1783.

Senesac, P.M. (2004). *The Roy Adaptation Model: An action research approach to*

the implementation of a pain management organizational change project (Doctoral dissertation, Boston College). *Dissertation Abstracts International*, *65*, 2872.

Stephens, K.A. (2005). *Preoxygenation practices prior to tracheal suctioning by nurses caring for individuals with spinal cord injury* (Doctoral dissertation, Loyola University, 2005). *Dissertation Abstracts International*, *66*, 2518.

Toughill, E.H. (2001). *Quality of life: The impact of age, severity of urinary incontinence and adaptation* (Doctoral dissertation, New York University). *Dissertation Abstracts International*, *61*, 5240.

Wright, R.R. (2007). *Experiences of emergency nurses: What has been learned from traumatic and violent events* (Doctoral Dissertation, Columbia University). *Dissertation Abstracts International*, *68*, 3698.

Wunderlich, R.J. (2003). *An exploratory study of physiological and psychological variables that predict weaning from mechanical ventilation* (Doctoral dissertation, Saint Louis University). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 3750.

Zbegner, D.K. (2003). *An exploratory retrospective study using the Roy adaptation model: The adaptive mode variables of physical energy level, self-esteem, marital satisfaction, and parenthood motivation as predictors of coping behaviors in infertile women* (Doctoral dissertation, Widener University). *Dissertation Abstracts International*, *64*, 3751.

Artículos de revistas

Chiou C. A meta-analysis of the interrelationships between the modes in Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(3):252–258.

Dawson S. Adult/elderly care nursing: Preamputation assessment using Roy's adaptation model. *British Journal of Nursing*. 1998;7(9):538–542: 536.

Decker JW. The effects of inflammatory bowel disease on adolescents. *Gastroenterology Nursing*. 2000;23(2):63–66.

Dixon EL. Community health nursing practice and the Roy adaptation model. *Public Health Nursing*. 1999;16:290–300.

Dunn HC, Dunn DG. The Roy adaptation model and its application to clinical nursing practice. *Journal of Ophthalmic Nursing and Technology*. 1997;6(2):74–78.

Harding-Okimoto MB. Pressure ulcers, self-concept, and body image in spinal cord injury patients. *SCI Nursing*. 1997;14(4):111–117.

Hennessy-Harstad EB. Empowering adolescents with asthma to take control through adaptation. *Journal of Pediatric Health Care*. 1999;13(6 Part 1):273–277.

Modrcin-McCarthy MA, McCue S, Walker J. Preterm infants and STRESS: A tool for the neonatal nurse. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*.

1997;10(4):62–71.

Modrcin-Talbott MA, Pullen L, Ehrenberger H, Zandstra K, Muenchen B. Self-esteem in adolescents treated in an outpatient mental health setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1998;21:159–171.

Modrcin-Talbott MA, Pullen L, Zandstra K, Ehrenberger H, Muenchen B. A study of self-esteem among well adolescents: Seeking a new direction. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1998;21:229–241.

Niska KJ. Family nursing interventions: Mexican American early family formation: Third part of a three-part study. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(4):335–340.

Niska KJ. Mexican American family survival, continuity, and growth: The parental perspective. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(4):322–329.

Orsi AJ, Grandy C, Tax A, McCorkle R. Nutritional adaptation of women living with HIV: A pilot study. *Holistic Nursing Practice*. 1997;12(1):71–79.

Samarel N, Fawcett J, Krippendorf K, Piacentino JC, Eliasof B, Hughes P, et al. Women's perception of group support and adaptation to breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28(6):1259–1268.

Samarel N, Fawcett J, Tulman L, Rothman H, Spector L, Spillane PA, et al. A resource kit for women with breast cancer: Development and evaluation. *Oncology Nursing Forum*. 1999;26(3):611–618.

Sheppard VA, Cunnie KL. Incidence of diuresis following hysterectomy. *Journal of Post Anesthesia Nursing*. 1996;11:20–28.

Woods SJ, Isenberg MA. Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(3):215–221.

Yeh CH. Adaptation in children with cancer: Research with Roy's model. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14:141–148.

Zhan L. Cognitive adaptation and self-consistency in hearing-impaired older persons: Testing Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(2):158–165.

[*] Autoras anteriores: Robin F. Harris, Kenneth D. Phillips, Carolyn L. Blue, Karen M. Brubaker, Julia M. B. Fine, Martha J. Kirsch, Katherine R. Papazian, Cynthia M. Riester y Mary Ann Sobiech. Las autoras desean expresar su agradecimiento a sor Callista Roy por revisar el capítulo.

18

Modelo del sistema conductual

Bonnie Holaday[*]

«Todos nosotros, científicos y profesionales en ejercicio, debemos dirigir la atención a la práctica y hacernos preguntas sobre esa práctica. Debemos ser inquisitivos y preguntar, buscando comprender de la forma más completa y real posible los problemas teóricos y prácticos que encontramos.»

(Johnson, 1976)

Dorothy E. Johnson
(1919-1999)

Acreditaciones y antecedentes

Dorothy E. Johnson nació el 21 de agosto de 1919 en Savannah (Georgia). Realizó un curso de preparación enfermera en el Armstrong Junior College de Savannah, en Georgia (1938); se licenció en Enfermería en 1942 en la Vanderbilt University en Nashville (Tennessee) y obtuvo su máster en Salud Pública en la Harvard University en Boston (1948).

Johnson se dedicó básicamente a la enseñanza, pero también trabajó como enfermera en el Chatham-Savannah Health Council de 1943 a 1944. Había sido instructora y profesora ayudante de Enfermería Pediátrica en la Vanderbilt University School of Nursing. Desde 1949 hasta su jubilación en 1978, cuando se trasladó

a Cayo Largo (Florida), Johnson trabajó como profesora ayudante de Enfermería Pediátrica, profesora asociada de Enfermería y profesora de Enfermería en la Universidad de California en Los Ángeles.

En 1955 y 1956, Johnson ejerció de consejera en Enfermería Pediátrica en la Christian Medical College School of Nursing de Vellore, al sur de la India. Además, de 1965 a 1967 dirigió el comité de la California Nurses Association, que desarrolló un documento sobre las especificaciones para la especialista clínica. Johnson publicó cuatro libros, más de 30 artículos en publicaciones periódicas y numerosos documentos, informes, actas y monografías (Johnson, 1980).

Entre los múltiples honores que recibió, Johnson (comunicación personal, 1984) se sentía muy orgullosa del Premio al Profesorado que le otorgaron los estudiantes de Enfermería en 1975, del Premio Lulu Hassenplug por la distinción por sus logros que recibió de la California Nurses Association en 1977 y del Premio que le concedió la Vanderbilt University School of Nursing por su excelencia en la enfermería en 1981. Murió en febrero de 1999 a la edad de 80 años. Se sentía satisfecha porque su modelo de sistema conductual se utilizó para desarrollar una base teórica en enfermería y sirvió como modelo para la práctica enfermera en instituciones. No obstante, su mayor fuente de satisfacción era seguir las brillantes carreras de sus estudiantes (Johnson, comunicación personal, 1996).

Fuentes teóricas

El modelo del sistema conductual de Johnson estuvo muy influido por el libro de Florence Nightingale *Notes on Nursing* (Johnson, 1992). Johnson empezó a trabajar en su modelo con la premisa de que la enfermería era una profesión que hacía una contribución característica al bienestar de la sociedad. Por tanto, la enfermería tenía un objetivo explícito de acción en el bienestar del paciente. Su tarea fue aclarar la misión social de la enfermería desde «la perspectiva de una visión teóricamente sólida de la persona a la que servimos» (Johnson, 1977). Aceptó la creencia de Nightingale de que el primer problema de la enfermería se produce con la «relación entre la persona que está enferma y su entorno, no con la

enfermedad» (Johnson, 1977). Johnson (1977) señaló que la «transición desde este enfoque hacia una orientación al sistema conductual más sofisticada y teóricamente más sólida tuvo lugar en pocos años y se vio respaldada por mis cada vez mayores conocimientos y los de mis compañeras, de los sistemas de acción humanos y el conocimiento rápidamente creciente de los sistemas conductuales». Johnson (1977) pasó a concebir una contribución específica de la enfermería al bienestar del paciente al fomentar un «funcionamiento conductual eficiente y eficaz en la persona, para prevenir la enfermedad y durante y después de la enfermedad».

Johnson utilizó el trabajo de los científicos conductuales en psicología, sociología y etnología para desarrollar su teoría. La bibliografía interdisciplinaria que Johnson citó se centró en conductas observables que tenían una significación adaptativa. Este volumen bibliográfico influyó en la identificación y el contenido de sus siete subsistemas. Talcott Parsons se reconoce específicamente en sus primeras obras, donde presenta los conceptos del modelo del sistema conductual de Johnson (Johnson, 1961a). La teoría de la acción social de Parsons (1951, 1964) hacía hincapié en un enfoque estructural-funcional. Una de sus principales contribuciones fue reconciliar el funcionalismo (la idea de que toda conducta social observable tiene una función que realizar) con el estructuralismo (la idea de que las conductas sociales, más que ser directamente funcionales, son expresiones de estructuras subyacentes profundas en los sistemas sociales). Por tanto, las estructuras (sistemas sociales) y todas las conductas tienen como función mantener el sistema. Los componentes de la estructura de un sistema social –objetivo, servicio, elección y conducta– son iguales en las teorías de Parsons y Johnson.

Johnson también se basó en la teoría de sistemas y utilizó los conceptos y definiciones de Rapoport, Chin, von Bertalanffy y Buckley (Johnson, 1980). En la teoría de sistemas, igual que en la teoría de Johnson, una de las suposiciones básicas incluye el concepto de orden. Otra es que un sistema es un conjunto de uniones que interaccionan y forman un todo con el fin de realizar cierta función. Johnson conceptualizó a la persona como un sistema conductual en el que la conducta de un individuo como un todo es el foco. Y lo es en lo que el individuo hace y por qué. Una de las

ventajas de la teoría del sistema conductual de Johnson es la integración coherente de conceptos que definen los sistemas conductuales extraídos de la teoría de sistemas general. Entre estos conceptos se incluyen el holismo, la búsqueda de objetivos, la interrelación/ interdependencia, la estabilidad, la inestabilidad, los subsistemas, la regularidad, la estructura, la función, la energía, la retroalimentación y la adaptación.

Johnson observó que, aunque la bibliografía indica que otros autores apoyan la idea de que una persona es un sistema conductual cuyos patrones específicos de respuesta forman un todo organizado e integrado, según sus informaciones, ella fue la primera autora que expuso esta idea. Puesto que el desarrollo del conocimiento de todo el sistema biológico es posterior al conocimiento de las partes, el desarrollo del conocimiento de los sistemas conductuales se centra en las respuestas específicas conductuales. Desde que se presentó por primera vez esta idea, han aparecido numerosas obras empíricas que aceptan la idea del sistema conductual como un todo y su utilidad como marco para tomar decisiones enfermeras en los campos de la investigación, la formación y la práctica enfermera (Benson, 1997; Derdiarian, 1991; Grice, 1997; Holaday, 1981; 1982; Holaday, Turner-Henson y Swan, 1996; Lachicotte y Alexander, 1990; Martha, Bhaduri y Jain, 2004; Oyedele, Wright y Maja, 2013; Poster, Dee y Randell, 1997; Turner-Henson, 1992; Wang y Palmer, 2010; Wilmoth, 2007; Wilmoth y Ross, 1997).

Desarrollando el modelo del sistema conductual a partir de una perspectiva filosófica, Johnson (1980) escribió que la enfermería contribuye a facilitar un funcionamiento conductual eficaz en el paciente antes, durante y después de la enfermedad. Utilizó conceptos procedentes de otras disciplinas, como el aprendizaje social, la motivación, la estimulación sensorial, la adaptación, la modificación conductual, el proceso de cambio, la tensión y el estrés, para ampliar su teoría y adecuarla a la práctica enfermera.

Principales conceptos y definiciones

Conducta

Johnson aceptó la definición de conducta tal como la describieron los científicos conductuales y biológicos –es decir, es el resultado de las estructuras y los procesos intraorgánicos, coordinados y articulados por los cambios en la estimulación sensorial y como respuesta a estos cambios–. Johnson (1980) se centra en el efecto sobre la conducta de la presencia real o supuesta de otros seres sociales con una significación adaptativa mayor.

Sistema

Mediante el uso de la definición que Rapoport hizo de sistema en 1968, Johnson (1980) afirmó: «Un sistema es un conjunto que funciona como tal gracias a la interdependencia de sus partes» (pág. 208). Asimismo, aceptó la afirmación de Chin acerca de que «existe una organización, interacción, interdependencia e integración de sus partes y elementos» (Johnson, 1980, pág. 208). Además, una persona se esfuerza por mantener el equilibrio en esas partes ajustándose y adaptándose a las fuerzas que interfieren en ellas.

Sistema conductual

Un sistema conductual está formado por diferentes modos de conducta pautados, repetitivos y determinados. Estas conductas forman una unidad funcional organizada e integrada que determina y limita la interacción entre la persona y su entorno, y establecen la relación entre la persona y los objetos, los sucesos y las situaciones de su entorno. La conducta que la persona adopta suele poderse explicar y describir. Una persona, como sistema conductual, intentará alcanzar la estabilidad y el equilibrio ajustándose y adaptándose con más o menos éxito para funcionar de modo eficaz. Por regla general, el sistema es lo bastante flexible para adecuarse a las influencias que recibe (Johnson, 1980).

Subsistemas

El sistema conductual debe realizar numerosas tareas; por ello, se divide en subsistemas con tareas especializadas. Un subsistema es «un minisistema con un objetivo y una función específicos que se mantendrá estable si su relación con los otros subsistemas o entornos no resulta alterada» (Johnson, 1980, pág. 221). Los siete subsistemas que Johnson identificó son abiertos, pero están unidos

y se interrelacionan. Todos ellos poseen una entrada y una salida (Grubbs, 1980).

Los impulsos de motivación dirigen las actividades de los subsistemas, que cambian continuamente debido a la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Los sistemas descritos parecen ser universales y están controlados por factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Estos subsistemas son de **afiliación,** de **dependencia,** de **ingestión,** de **eliminación, sexual,** de **realización** y de **agresión/protección** (Johnson, 1980).

Subsistema de afiliación

El subsistema de afiliación es quizás el más importante de todos, ya que constituye la base de toda organización social. En general, proporciona la supervivencia y la seguridad. En él se inscriben la inclusión social, la intimidad y la formación, y el mantenimiento de un fuerte vínculo social (Johnson, 1980).

Subsistema de dependencia

En el sentido más amplio, el subsistema de dependencia promueve una conducta de ayuda que también requiere un cuidado. Sus consecuencias son la aprobación, la atención o el reconocimiento y la ayuda física. La conducta de dependencia puede ir de la dependencia absoluta de los demás a un grado mayor de dependencia de la identidad. Para la supervivencia de los grupos sociales, resulta imprescindible cierto grado de interdependencia (Johnson, 1980).

Subsistema de ingestión

Los subsistemas de ingestión y de eliminación no deben considerarse como los mecanismos de entrada y salida del sistema. Todos los sistemas poseen mecanismos de entrada y de salida independientes. El subsistema de ingestión «trata sobre cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones comemos» (Johnson, 1980, pág. 213). «Sirve a la función más amplia de satisfacción del apetito» (Johnson, 1980, pág. 213). Esta conducta está relacionada con consideraciones sociales, psicológicas y biológicas (Johnson, 1980).

Subsistema de eliminación

El subsistema de eliminación «trata sobre cuándo, cómo y en qué

condiciones eliminamos» (Johnson, 1980, pág. 213). Al igual que ocurre con el subsistema de ingestión, los factores sociales y psicológicos influyen en los aspectos biológicos de este subsistema y, a veces, pueden entrar en conflicto con él (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983).

Subsistema sexual

El subsistema sexual tiene una doble función: la procreación y el placer. Este subsistema incluye el cortejo y el apareamiento, pero no se limita a ellos. La respuesta de este sistema empieza con el desarrollo de la identidad del rol de género e incluye una amplia gama de conductas de rol sexual (Johnson, 1980).

Subsistema de realización

El subsistema de realización intenta manipular el entorno. Su función consiste en controlar o dominar algún aspecto de la identidad o del entorno para alcanzar un estándar de calidad. El subsistema de realización incluye las habilidades intelectuales, físicas, creativas, mecánicas y sociales (Johnson, 1980).

Subsistema de agresión/protección

La función de este subsistema es la protección y la preservación. Este subsistema coincide más con las ideas de etólogos como Lorenz (1966) y Feshbach (1970) que con la escuela de pensamiento de refuerzo conductual; esta defiende que la conducta agresiva no solo se aprende, sino que es un intento primario de herir a los demás. La sociedad exige que se limiten los modos de autoprotección y que se respete y se proteja a las personas y sus propiedades (Johnson, 1980).

Equilibrio

Johnson (1961b) afirmó que el equilibrio es un concepto clave en el objetivo específico de la enfermería. Se define como «un estado de descanso estable, pero más o menos transitorio, durante el cual el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con el entorno» (pág. 65). «Significa que las fuerzas biológicas y psicológicas están en equilibrio entre ellas y con las fuerzas sociales que las afectan» (Johnson, 1961a, pág. 11). «No es sinónimo de salud, ya que también puede darse en estados de enfermedad» (Johnson, 1961a, pág. 11).

Requisitos funcionales e imperativos de sustento

Para que los subsistemas desarrollen y mantengan la estabilidad, cada uno debe recibir un aporte constante de **requisitos funcionales.** El entorno aporta imperativos de sustento como la protección, el cuidado y la estimulación. Johnson señala que el sistema biológico y todos los demás sistemas vivos tienen los mismos requisitos.

Regulación/control

Los subsistemas conductuales interrelacionados deben estar regulados en cierta forma para que se cumplan sus objetivos. La **regulación** implica que se detectarán y corregirán las desviaciones. Por tanto, la retroalimentación es un requisito de control eficaz. Existe la autorregulación por el cliente. La enfermera también puede actuar como una fuerza reguladora externa temporal para preservar la organización y la integración de la conducta del cliente a un nivel óptimo en situaciones en las que la enfermedad, o en condiciones en las que la conducta, es una amenaza para la salud.

Tensión

«El concepto de **tensión** se define como un estado en el que se realiza un gran esfuerzo y puede considerarse como el producto final de una alteración del equilibrio» (Johnson, 1961b, pág. 10). La tensión puede ser constructiva en un cambio adaptativo, o destructiva si se hace un uso ineficiente de la energía, se impide la adaptación y se causa un daño estructural potencial (Johnson, 1961b). La tensión es un indicio de que existe una alteración del equilibrio (Johnson, 1961a).

Elemento estresante

Los estímulos externos o internos que producen tensión y una cierta desestabilización se denominan **elementos estresantes.** «Los estímulos pueden ser positivos, si lo que se desea o se necesita se puede encontrar, o negativos, si no puede conseguirse. [Los estímulos]… pueden ser endógenos o exógenos según su origen, [y] actuar sobre uno o más de los sistemas abiertos interconectados» (Johnson, 1961a, pág. 13). Los sistemas abiertos interconectados realizan intercambios constantemente. Incluyen los

pequeños sistemas de grupo, como los de la fisiología, la personalidad y la significación (la familia), y el sistema social más grande (Johnson, 1961a).

La autora agradece la contribución de Brown, V. M. (2006). Behavioral system model. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 386–404) Philadelphia: Mosby-Elsevier.

Uso de datos empíricos

Los orígenes empíricos de esta teoría se inician cuando Johnson utiliza el pensamiento de sistemas (síntesis). Este proceso se concentra en la función y la conducta del todo y se centra en una comprensión y en una explicación del sistema conductual. El trabajo de Johnson sobre el modelo del sistema conductual se correspondía con la «edad de los sistemas». El texto fundamental de Buckley (1968) se publicó el mismo año que Johnson presentó formalmente su teoría en la Vanderbilt University.

La teoría de sistemas, como una ciencia básica, trata del nivel abstracto con las propiedades generales de los sistemas, independientemente de la forma física o del dominio de aplicación. La teoría general de sistemas se creó a partir del supuesto de que todos los tipos de sistemas tenían características en común, independientemente de su naturaleza interna. Johnson utilizó la teoría general de sistemas y el pensamiento de sistemas para reunir un corpus de constructos teóricos, además de explicar sus interrelaciones, para identificar y describir la misión de la enfermería. El modelo del sistema conductual de Johnson proporciona un marco que se basa en su síntesis de los componentes de este sistema y en una descripción del contexto de las relaciones entre sí (subsistemas) y con otros sistemas (entorno). En contraste con el reduccionismo científico, Johnson propuso ver la enfermería de forma holística (un sistema conductual). En consonancia con la teoría de sistemas, el modelo del sistema conductual de Johnson ofrece la comprensión de un sistema examinando las relaciones y las interacciones entre los elementos que componen todo el sistema. Los siguientes párrafos describen cómo Johnson incorporó conocimientos empíricos de otras disciplinas a su modelo del sistema conductual.

En la bibliografía se encuentran conceptos que Johnson identificó y definió en su teoría. Observó que Escalona y Leitch coinciden en que la tensión origina cambios conductuales, y que la manifestación de la tensión por parte de un individuo depende tanto de factores externos como internos (Johnson, 1980). Johnson (1959a) utiliza el trabajo de Selye, Grinker, Simmons y Wolff para demostrar la idea de que los patrones conductuales específicos son reacciones a los elementos estresantes biológicos, psicológicos y sociológicos, respectivamente. A pesar de ello, Johnson (1961b) discrepaba en algunos aspectos de la concepción del estrés de Selye. El concepto de estrés de Johnson «se parece mucho al concepto de Caudill; es decir, el estrés es un proceso en el que existe una relación de interacción entre varios estímulos y las defensas que se levantan contra ellos. Los estímulos pueden ser positivos si lo que se desea o se necesita está presente, pero son negativos si se da el caso opuesto» (Johnson, 1961b, págs. 7-8). Selye «concibe el estrés como "un estado" producido por el síndrome que engloba todos los cambios no específicamente inducidos en el sistema biológico» (Johnson, 1961b, pág. 8).

En *Conceptual Models for Nursing Practice,* Johnson (1980) describió siete subsistemas que integran el sistema conductual. Para demostrar el subsistema afiliativo, utilizó el trabajo de Ainsworth y Robson. Heathers, Gerwitz y Rosenthal describieron y explicaron la conducta de dependencia, otro subsistema que Johnson definió. Asimismo, los sistemas de respuesta de ingestión y eliminación, como los describieron Walike, Mead y Sears, también forman parte del sistema conductual de Johnson. Los trabajos de Kagan y Resnik sirvieron para explicar el subsistema sexual. Lorenz y Feshbach (Feshbach, 1970; Johnson, 1980; Lorenz, 1966) describieron el subsistema agresivo protector, que tiene una función de protección y preservación. Por último, los trabajos de Atkinson, Feather y Crandell indican que las habilidades físicas, creativas, mecánicas y sociales se manifiestan por medio de una conducta de realización, otro subsistema identificado por Johnson (1980).

El subsistema restaurador fue desarrollado por profesores y médicos con el fin de incluir conductas como el sueño, el juego y la relajación (Grubbs, 1980). Pero, aunque Johnson (comunicación personal, 1996) estaba de acuerdo en que podía haber «más o

menos subsistemas» de los que se definieron originariamente, no apoyó este subsistema **restaurador** como parte del modelo del sistema conductual, ya que para ella el sueño era básicamente una fuerza biológica, no una conducta motivacional. Además, señaló que muchas de las conductas de los niños durante sus primeros años de vida, como el juego, eran en realidad conductas de realización. Por otra parte, Johnson (comunicación personal, 1996) afirmó que era necesario examinar la posibilidad de un octavo subsistema para las conductas exploradoras; si se realizan investigaciones más detalladas quizá pueda delimitarse este subsistema y separarlo del subsistema de realización.

Principales premisas

Enfermería

El objetivo de la enfermería es mantener y restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona o ayudar a la persona a conseguir un nivel más óptimo de equilibrio y funcionamiento. Por tanto, la enfermería, según Johnson, es una fuerza externa que actúa para preservar la organización y la integración de la conducta del paciente hasta un nivel óptimo utilizando mecanismos reguladores o de control temporales o proporcionando recursos cuando el paciente sufre estrés o un desequilibrio del sistema conductual (Brown, 2006). Como arte y ciencia, la enfermería proporciona una ayuda externa antes y durante las alteraciones del equilibrio del sistema y, por tanto, precisa un conocimiento del orden, el desorden y el control (Herbert, 1989; Johnson, 1980). Las actividades enfermeras no dependen de la autoridad médica, pero son complementarias a la medicina.

Persona

Johnson (1980) considera que la persona es un sistema conductual con unos modos de actuación pautados, repetitivos y determinados que la vinculan con el entorno. La concepción de la persona es básicamente motivacional. Esta visión se apoya claramente en la

aceptación de Johnson de las teorías etológicas, que sugieren que los factores biológicos e innatos influyen en el modelado y la motivación de la conducta. También admitió que la experiencia previa, el aprendizaje y los estímulos físicos y sociales influyen en la conducta. Observó que ver a una persona como un sistema conductual, además de poder ver un conjunto de subsistemas conductuales y entender los factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales que funcionan externamente, era un prerrequisito para utilizar este modelo (notas de clase, 1971).

Johnson identificó varios supuestos que son fundamentales para comprender la naturaleza y el funcionamiento de la persona como un sistema conductual. Suponemos que existen una organización, una interacción y una interdependencia, así como una integración de las partes de la conducta que forman el sistema. Los patrones de respuesta específicos de un individuo forman un todo organizado e integrado. Las partes interrelacionadas e interdependientes se llaman **subsistemas.** Johnson (1977), además, supuso que el sistema conductual tiende a lograr el equilibrio entre las diversas fuerzas que funcionan dentro y sobre él. Las personas luchan continuamente por mantener un equilibrio y estados constantes del sistema conductual por ajustes más o menos automáticos y adaptaciones a las fuerzas naturales que los vulneran. Johnson también reconoció que las personas buscan activamente nuevas experiencias que pueden alterar el equilibrio temporalmente.

Johnson también consideró (1977, 1980) que un sistema conductual, que requiere y produce cierto grado de regularidad y constancia en la conducta, es imprescindible para los seres humanos. Por último, Johnson (1977) asumió que el equilibrio del sistema conductual reflejaba ajustes y adaptaciones de la persona que son satisfactorios en cierta forma y hasta cierto punto. Esto será cierto incluso si la conducta observada no siempre coincide con las normas culturales de conducta aceptable o de salud.

El equilibrio es fundamental para el funcionamiento efectivo y eficaz de la persona. El equilibrio se desarrolla y se mantiene en el o los subsistemas, o en el sistema, como un todo. Los cambios en la estructura o la función de un sistema se relacionan con problemas con el impulso, la falta de requisitos funcionales o imperativos de sustento o un cambio en el entorno. Para recobrar ese equilibrio,

puede que la persona deba emplear una cantidad extraordinaria de energía, lo que puede producir que falte energía para los procesos biológicos y para la recuperación.

Salud

Johnson considera que la salud es un estado dinámico difícil de alcanzar, que está influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. La salud se manifiesta por medio de la organización, la interacción, la interdependencia y la integración de los subsistemas del sistema conductual (Johnson, 1980). Un individuo intenta conseguir que el sistema esté equilibrado, lo que provocará una conducta funcional. Si las necesidades estructurales y funcionales de los subsistemas no están equilibradas, la salud es mala. Por tanto, al evaluar la «salud», nos centramos en el sistema conductual y en el equilibrio y la estabilidad del sistema, el funcionamiento efectivo y eficaz y el desequilibrio y la inestabilidad del sistema conductual. Los resultados del equilibrio del sistema conductual son los siguientes: 1) se necesita un consumo mínimo de energía (implica que hay más energía para mantener la salud o, en caso de enfermedad, que hay energía para los procesos biológicos necesarios para la recuperación); 2) la supervivencia biológica y social continuada está asegurada, y 3) se consigue cierto grado de satisfacción personal (Grubbs, 1980; Johnson 1980).

Entorno

En la teoría de Johnson, el entorno está formado por todos los factores que no son parte del sistema conductual del individuo, pero que influyen en él. La enfermera puede manipular algunos aspectos del entorno para conseguir el objetivo de la salud o del equilibrio del sistema conductual para el paciente (Brown, 2006).

El sistema conductual «determina y limita la interacción entre la persona y su entorno y establece la relación de la persona con los objetos, fenómenos y situaciones del entorno» (Johnson, 1978). Esta conducta es metódica y previsible. Se mantiene porque ha sido funcionalmente efectiva y eficaz la mayor parte del tiempo en el control de la relación de la persona con el entorno. Cambia cuando esto ya no es así o cuando la persona desea un nivel más óptimo de

funcionamiento. El sistema conductual tiene numerosas tareas y misiones que realizar para mantener su propia integridad y controlar las relaciones del sistema con su entorno.

El sistema conductual intenta mantener el equilibrio con respecto a los factores del entorno, ajustándose y adaptándose a las fuerzas que intervienen en este entorno. Las fuerzas del entorno que son excesivamente fuertes alteran el equilibrio del sistema conductual y ponen en peligro la estabilidad de la persona. Para que el organismo restablezca el equilibrio y afronte el efecto continuo de estas fuerzas, hace falta una cantidad extraordinaria de energía (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983).

El entorno también es el origen de los imperativos de sustento de protección, cuidado y estimulación, prerrequisitos necesarios para mantener la salud (equilibrio del sistema conductual; Grubbs, 1980). Cuando tiene lugar un desequilibrio del sistema conductual, la enfermera puede tener que convertirse en una reguladora temporal del entorno y suministrar los requisitos funcionales a la persona, para que esta pueda adaptarse a los factores estresantes. El tipo y la cantidad necesaria de requisitos funcionales varían según la edad, el sexo, la cultura, la capacidad de afrontamiento y el tipo y gravedad de la enfermedad.

Fundamentos teóricos

La teoría del sistema conductual de Johnson estudia los conceptos metaparadigmáticos de **persona, entorno** y **enfermería.** La persona es un sistema conductual que posee siete subsistemas interrelacionados (fig. 18.1). Cada subsistema está formado a partir de un grupo de respuestas conductuales, o tendencias de respuesta, o sistemas de acción que comparten un impulso u objetivo común. Organizadas en torno a los impulsos (cierto tipo de estructura motivacional intraorganísmica), estas respuestas se diferencian, desarrollan y modifican con el tiempo a través de la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Están determinadas congénitamente y dirigidas continuamente por múltiples factores físicos, biológicos y psicológicos de forma compleja e interrelacionada.

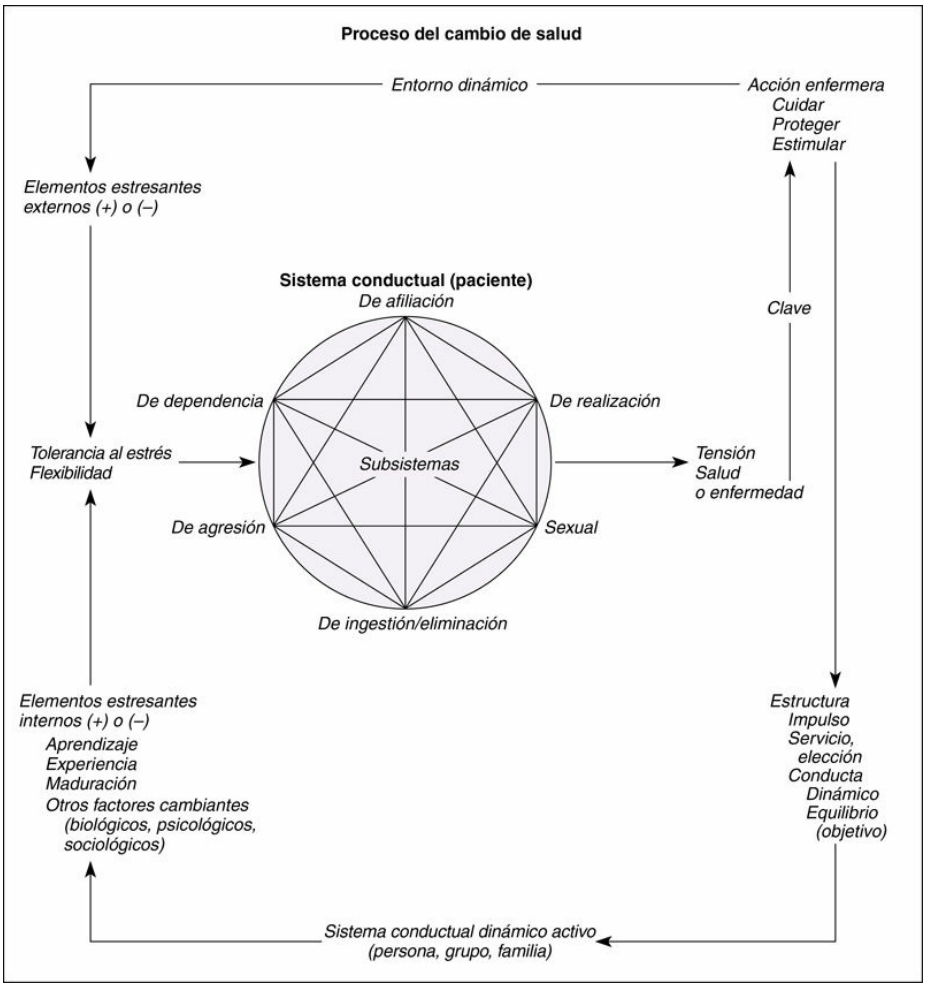


FIGURA 18.1 Modelo del sistema conductual de Johnson. (Conceptualizado por Jude A. Magers, Indianapolis, IN.)

Todos los subsistemas se describen y analizan según sus requisitos estructurales y funcionales. Los cuatro elementos estructurales que se han identificado son: 1) impulso u objetivo –la consecuencia final de las conductas–; 2) servicio –una tendencia o predisposición a actuar de cierta manera–, que se subdivide en dos tipos: **preparatorio,** o a lo que una persona atiende, y **perseverante,** los hábitos que se mantienen en una situación; 3) elección, que representa la conducta que un paciente se ve capaz de utilizar en una situación dada, y 4) acción o la conducta de un individuo (Grubbs, 1980; Johnson, 1980). El servicio desempeña un gran papel en las elecciones que las personas consideran y en su conducta final. Cada uno de los siete subsistemas posee los mismos tres requisitos funcionales: 1) protección; 2) nutrición, y 3) estimulación. Estos requisitos funcionales deben satisfacerse con los propios esfuerzos de la persona o con la ayuda externa de la enfermera. Para que los

subsistemas se desarrollen y mantengan la estabilidad, cada uno debe tener un aporte constante de estos requisitos funcionales (imperativos para el sostenimiento), habitualmente suministrados por el entorno. Sin embargo, durante una enfermedad o cuando el potencial de enfermedad es una amenaza, la enfermera puede convertirse en fuente de requisitos funcionales.

Las respuestas de los subsistemas son consecuencia de la motivación, la experiencia y el aprendizaje, y están influidas por factores biológicos, psicológicos y sociales (Johnson, 1980). El sistema conductual intenta conseguir un equilibrio adaptándose a los estímulos internos y ambientales, y está formado por «todos los modos de conducta pautados, repetitivos y determinados que caracterizan la vida de cada persona» (Johnson, 1980, pág. 209). Esta unidad funcional de conducta «determina y limita la interacción de la persona y su entorno, y establece la relación entre esta persona y los objetos, sucesos y situaciones del entorno… El sistema conductual gestiona la relación con el entorno» (Johnson, 1980, pág. 209). Este sistema es activo y no pasivo. La enfermera está fuera del sistema conductual, pero interacciona con este.

El uso satisfactorio de la teoría del sistema conductual de Johnson en la práctica clínica requiere incorporar el proceso de enfermería. El médico debe desarrollar un instrumento de valoración que incorpore los componentes de la teoría, para poder valorar al paciente como un sistema conductual, determinar si hay una amenaza real o percibida de enfermedad y determinar la capacidad de la persona de adaptarse a la enfermedad o a la amenaza de enfermedad sin desarrollar un desequilibrio del sistema conductual. Esto significa desarrollar cuestiones adecuadas y observaciones de cada uno de los subsistemas conductuales.

Un estado de inestabilidad en el sistema conductual hace que sea necesaria una intervención enfermera. La identificación de la fuente del problema en el sistema da lugar a la acción enfermera apropiada y se traduce en el mantenimiento o el restablecimiento del equilibrio del sistema conductual (Brown, 2006). Las intervenciones enfermeras pueden producirse en formas generales como: 1) reparar unidades estructurales; 2) imponer temporalmente medidas externas reguladoras o de control; 3) suministrar condiciones o recursos del entorno, o 4) aportar estimulación hasta

el punto de que pueda anticiparse un problema y se solicite una acción enfermera preventiva (Johnson, 1978). «Si la fuente del problema tiene un factor estresante estructural, la enfermera se centrará en el objetivo, servicio, elección o acción del subsistema. Si el problema es de función, la enfermera se centrará en el origen y la suficiencia de los requisitos funcionales porque los problemas funcionales se originan en un exceso o deficiencia del entorno» (Grubbs, 1980, pág. 242). El objetivo de la enfermería es mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona o ayudar a la persona a conseguir un nivel más óptimo del funcionamiento del sistema conductual cuando se desee y sea posible (Johnson, 1978).

Planteamiento lógico

Johnson abordó la tarea de perfilar la misión de la enfermería desde la perspectiva histórica, analítica y empírica. El razonamiento deductivo e inductivo se evidencia a través del proceso de desarrollo de la teoría del sistema conductual de Johnson. Un sistema, dado que es un todo, perderá sus propiedades sinérgicas si se descompone. Por tanto, la comprensión debe ir del todo a sus partes –una síntesis–. Johnson identificó primero el sistema conductual y luego explicó las propiedades y la conducta del sistema. Por último, describió las propiedades y la conducta de los subsistemas como parte o función del sistema. El análisis nos proporcionó una descripción y conocimientos y el pensamiento (síntesis) de sistemas nos dio una explicación y la comprensión.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La utilidad de la teoría del sistema conductual de Johnson se evidencia a partir de diversos ámbitos clínicos y grupos de edad en los que se ha empleado la teoría. Se ha utilizado en los ámbitos intra- y extrahospitalarios, y en los comunitarios, así como en la

administración enfermera. Se ha aplicado en diversas poblaciones de clientes y se han desarrollado diversas herramientas para la práctica (Fawcett, 2013).

Johnson no utilizó el término **proceso enfermero.** No obstante, **valoración, trastornos, tratamiento** y **evaluación** son conceptos que aparecen en muchas de sus obras. «Para la enfermera, los modelos conceptuales sirven como orientación para el diagnóstico y el tratamiento, por lo que constituyen una aportación práctica considerable» (Johnson, 1968, pág. 2). El proceso enfermero puede aplicarse al modelo del sistema conductual siempre que tenga lugar un mal funcionamiento de la conducta, «que sea desorganizada, irregular y disfuncional. La enfermedad o cualquier otro cambio interno o externo del entorno es, a menudo, el responsable de estas disfunciones» (Johnson, 1980, pág. 212). «En las circunstancias en que el individuo experimenta estrés por causa de una enfermedad que altera el equilibrio y produce tensión, es necesario intervenir para ayudar a la persona» (Johnson, 1961b, pág. 6). Sin embargo, es importante observar que el análisis de sistemas es un componente importante de la teoría de sistemas. Se monitorizan las salidas de un subsistema dado para monitorizar el rendimiento. Los signos de desequilibrio requieren identificar el problema para definirlo reuniendo datos y diseñar una intervención para restaurar el equilibrio (Jenkins, 1969; Miller, 1965).

Johnson (1959b) determinó que la valoración enfermera inicial empezaba en el momento en que se observaban la tensión y las señales de desequilibrio. Las fuentes de los datos de valoración incluyen la historia clínica, las pruebas y las observaciones estructurales (Johnson, 1980). «El sistema conductual puede determinar y limitar la interacción entre la persona y su entorno» (Johnson, 1968, pág. 3). Esto significa que la enfermera no puede controlar la exactitud y la cantidad de los datos obtenidos durante la valoración enfermera, pero sí al paciente (sistema). La única parte observada de la estructura de los subsistemas es la conducta. Se han identificado seis reguladores internos y externos que «influyen y se dejan influir por su conducta simultáneamente», incluidos reguladores biofísicos, psicológicos, evolutivos, socioculturales, familiares y físicos del entorno (Randell, 1991, pág. 157).

La enfermera debe ser capaz de acceder a la información

relacionada con los objetivos, los servicios y las elecciones que integran los subsistemas estructurales. «Uno o más de [estos] subsistemas puede verse implicado en cualquier episodio de enfermedad, ya sea como un antecedente o como una consecuencia, o sencillamente en asociación directa o indirecta con el trastorno o con el tratamiento» (Johnson, 1968, pág. 3). El acceso a los datos es esencial para determinar con exactitud la afirmación del trastorno.

Johnson no definió los trastornos específicos, pero precisó dos categorías generales de trastornos según su relación con el sistema biológico (Johnson, 1968).

«Los trastornos son aquellos que están relacionados tangencial o periféricamente con el trastorno en el sistema biológico; es decir, son producto sencillamente de la enfermedad o del contexto situacional del tratamiento; y… aquellos [trastornos] que forman parte integral del trastorno del sistema biológico, ya que están directamente asociados o son una consecuencia directa de un tipo específico de trastorno del sistema biológico o de su tratamiento.»

(Johnson, 1968, pág. 7)

Los «sistemas de gestión» o intervenciones consisten, en parte, en el cuidado, la protección y la estimulación (Johnson, 1968, 1980). La enfermera puede proporcionar «temporalmente unos mecanismos de control y una regulación externa, como la inhibición de las respuestas conductuales ineficaces, y ayudar al paciente a obtener nuevas respuestas» (Johnson, 1968, pág. 6). Johnson (1980) sostiene que las técnicas incluyen «la enseñanza, la formación de roles y el asesoramiento» (pág. 211). Si se prevé un problema o un trastorno, hay que realizar la acción enfermera preventiva con los métodos adecuados (Johnson, 1980). El cuidado, la protección y la estimulación son importantes para el cuidado enfermero preventivo o para la promoción de la salud, ya que sirven para controlar la enfermedad (Brown, 2006).

Si el problema es un elemento estresante estructural, la enfermera se centrará en el objetivo, el servicio, la elección o la acción del subsistema. Trabajará para redirigir los objetivos de la persona, cambiar la importancia del impulso, ensanchar el ámbito de

elecciones, modificar el servicio o cambiar la acción. La enfermera manipula las unidades estructurales o impone controles temporales. Ambos tipos de acciones enfermeras regulan la interacción de los subsistemas.

El resultado de la intervención enfermera es el equilibrio del sistema conductual. «Más específicamente, podemos afirmar que el equilibrio se consigue cuando el individuo demuestra un grado de constancia en sus patrones de funcionamiento interno e interpersonal» (Johnson, 1961b, pág. 9). La evaluación de la intervención enfermera se realiza en función de si se produjo «un cambio significativo en las vidas de las personas implicadas» (Johnson, 1980, pág. 215).

El modelo del sistema conductual se ha vuelto operativo gracias a los numerosos instrumentos de valoración que se han desarrollado. En 1974, Grubbs (1980) utilizó la teoría para desarrollar un instrumento de valoración y una hoja del proceso enfermero basados en los siete subsistemas de Johnson. Las cuestiones y las observaciones relacionadas con cada subsistema proporcionaron las herramientas con las que obtener los datos importantes para descubrir las opciones de conducta con las que el paciente podrá alcanzar su objetivo de salud.

Ese mismo año, Holaday (1980) utilizó la teoría como un modelo para desarrollar un instrumento de valoración para niños hospitalizados. Este instrumento permitió que la enfermera describiera objetivamente la conducta del niño y guiara la acción enfermera. Al ampliar el concepto de «servicio», Holaday también identificó patrones de conductas maternas que indicarían un servicio de funcionamiento pobre o inadecuado que afectaba las elecciones limitadas de acción en respuesta a las necesidades de niños enfermos crónicos (Holaday, 1981, 1982).

Derdiarian (1990) investigó los efectos del uso de dos instrumentos de valoración sistemáticos en la satisfacción del paciente y de la enfermera. El modelo del sistema conductual de Johnson sirvió para desarrollar un autoinforme y un instrumento de observación, para implantarlos en el proceso de atención de enfermería. El instrumento del modelo del sistema conductual de Derdiarian incluía la valoración del subsistema restaurador y de los siete subsistemas de Johnson. Los resultados indicaron que los

instrumentos proporcionaron un planteamiento más extenso y sistemático para la valoración y para la intervención, lo que incrementó la satisfacción del paciente y de la enfermera con el cuidado.

Lanouette y St-Jacques (1994) utilizaron el modelo de Johnson para comparar las habilidades de afrontamiento y las percepciones de las familias de bebés prematuros con las de familias de bebés nacidos a término. Los resultados indicaron que las habilidades de afrontamiento positivo dependían del vínculo de unión con el bebé, de la utilización de los recursos, de la resolución de los problemas y de la toma de decisiones. Estos autores señalaron que la mejora en la práctica del cuidado enfermero en guarderías, hospitales y en la comunidad puede haber contribuido a este resultado. Esta sugerencia justificó la afirmación de Johnson de que «el uso eficaz del cuidado, la protección y la estimulación durante el contacto maternal en el nacimiento podrían reducir significativamente los problemas del sistema conductual que observamos en la actualidad» (comunicación personal, 1996).

Los estudios de casos documentan y evalúan el uso del modelo del sistema conductual de Johnson en la práctica clínica. En 1980, Rawls utilizó la teoría para valorar sistemáticamente a un paciente que había perdido la movilidad de un brazo y una mano. Herbert (1989) analizó los resultados de un plan de cuidados enfermeros para un paciente anciano con ictus. Rawls y Herbert llegaron a la conclusión de que la teoría de Johnson proporcionó una base teórica para predecir los resultados de intervenciones enfermeras, formular normas para el cuidado y proporcionar un cuidado holístico. Cerda y Gonzalez (2008) encontraron que resultaba igual de eficaz cuando se intervenía con mujeres víctimas de la violencia de género.

Por otra parte, algunos estudios sobre la práctica que utilizan el modelo de Johnson se han centrado en la toma de decisiones y en la valoración de los resultados. Grice (1997) descubrió que la enfermera, el paciente y las características situacionales influían en la valoración y en la toma de decisiones con respecto a la administración de fármacos ansiolíticos y antipsicóticos a pacientes psiquiátricos hospitalizados en determinadas horas. Benson (1997) dirigió una revisión bibliográfica sobre el miedo a la delincuencia entre ancianos. El modelo del sistema conductual se utilizó para

describir los «peligros del miedo a la delincuencia», que podrían provocar trastornos en los subsistemas de ingestión, dependencia, realización, afiliación y agresión/protección (Benson, 1997, pág. 26). Las intervenciones centradas en el paciente y en la comunidad sirvieron para mejorar la calidad del cuidado y la calidad de vida de los ancianos. Brinkley, Ricker y Toumey (2007) mostraron el uso de la teoría del sistema conductual de Johnson con un paciente con obesidad mórbida y necesidades complejas, y Tamilarasi y Kanimozhi (2009) proporcionaron intervenciones de base teórica para mejorar la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama.

Lachicotte y Alexander (1990) examinaron el uso del modelo del sistema conductual de Johnson como un marco para tomar decisiones sobre la gestión de enfermeras con carencias de formación para las directoras de Enfermería. Sugirieron que, si se consideraban los niveles del entorno, el marco proponía que las directoras valoraran el desequilibrio en el sistema enfermero cuando las enfermeras estaban mal preparadas, y que evaluaran el «estado del equilibrio del sistema en relación con el método elegido para tratar las carencias de las enfermeras» (Lachicotte y Alexander, 1990, pág. 103). Los resultados indicaron que las directoras preferían un planteamiento de ayuda para tratar las carencias de las enfermeras. Se consideró que «cuando la enfermera recibe ayuda y afronta sus carencias, empieza a restaurarse el equilibrio del sistema» (Lachicotte y Alexander, 1990, pág. 103).

El hospital y el instituto neuropsiquiátrico de la Universidad de California (Los Ángeles) han utilizado el modelo del sistema conductual de Johnson como base para la práctica enfermera psiquiátrica durante muchos años (Auger y Dee, 1983; Dee et al., 1999; Poster, Dee y Randell, 1997). «Se valora a los pacientes y se clasifican los datos conductuales según los subsistemas. Los diagnósticos enfermeros realizados reflejan la naturaleza de la conducta ineficaz y su relación con los reguladores del entorno» (Randell, 1991, pág. 154). El uso de la teoría de Johnson también se incorporó al nuevo programa de orientación universitaria (Puntil, 2005). Un estudio que comparó las clasificaciones de diagnóstico del modelo del sistema conductual de Johnson con las de la North American Nursing Diagnosis Association indicó que el

modelo de Johnson era mejor para distinguir los problemas y la etiología (Randell, 1991).

Cada vez es más importante documentar el cuidado enfermero y demostrar la eficacia del cuidado por medio de los resultados de los pacientes. Con el uso del modelo de Johnson, Poster et al. (1997) descubrieron que existía una relación positiva entre las intervenciones enfermeras y la consecución de los objetivos del paciente en el momento del alta. Afirmaron que «un marco enfermero teórico facilitaba la prescripción del cuidado enfermero como independiente del cuidado médico» (Poster, Dee y Randell, 1997, pág. 73).

Dee, Van Servellen y Brecht (1998) examinaron los efectos de la gestión del cuidado de la salud en pacientes aplicando el modelo del sistema conductual de Johnson. Después de ingresar los pacientes, las enfermeras elaboraban un perfil conductual valorando los ocho subsistemas, determinando el equilibrio o desequilibrio de los subsistemas, y clasificaban el impacto de los seis reguladores. Este perfil se utilizaba para determinar los diagnósticos enfermeros, planificar la acción y evaluar el cuidado de cada paciente. Los resultados de este estudio indicaron una mejora funcional significativa después del alta de los pacientes y una reducción de los días que permanecían ingresados. Resulta muy estimulante ver a un alumno de grado utilizar las técnicas de investigación basadas en la teoría de Johnson para mejorar la calidad de la asistencia en los pacientes que usan dispositivos de soporte ventricular (Kirk, 2015), así como la investigación basada en los sistemas conductuales (Hernandez, 2016).

Formación

Loveland-Cherry y Wilkerson (1983) analizaron la teoría de Johnson y llegaron a la conclusión de que resulta útil para la formación enfermera. Los planes de estudios basados en la persona como sistema conductual poseen unos objetivos definidos y facilitan la planificación del curso. El estudio se centraría en el paciente como un sistema conductual y en su disfunción, lo que exige el uso del proceso enfermero. Además de la comprensión de la teoría de sistemas, el estudiante precisa conocimientos de las

disciplinas sociales y conductuales, y de las ciencias biológicas y físicas. El modelo se ha utilizado en la práctica y en instituciones educativas en EE. UU., Canadá, Australia, Sudáfrica y la India (Derdiarian, 1981; Fleming, 1990; Grice, 1997; Hadley, 1970; Harris, 1986; Heikham y Raddi, 2015; Orb y Reilly, 1991; Puntil, 2005).

Investigación

Johnson (1968) afirmó que la investigación enfermera necesita «identificar y explicar los trastornos del sistema conductual que originan la enfermedad y elaborar el razonamiento adecuado para tratarlos» (pág. 7). Johnson creía que la tarea de las enfermeras científicas podría seguir uno de estos dos caminos: 1) contribuciones a la comprensión básica del sistema conductual del hombre, y 2) contribuciones a la comprensión de los problemas del sistema conductual y la justificación y metodologías del tratamiento. Identificó las áreas importantes de la investigación, como: 1) el estudio del sistema conductual como un todo, incluidas cuestiones como estabilidad y cambio, organización e interacción, y mecanismos eficaces reguladores y de control, y 2) el estudio de los subsistemas, incluida la identificación de subsistemas adicionales (notas de clase, 1971).

Small (1980) utilizó la teoría de Johnson como un marco conceptual para cuidar a niños con discapacidad visual. Al evaluar y comparar la imagen corporal percibida y la percepción espacial de los niños con una visión normal con la de los niños con una discapacidad visual, Small descubrió que esta discapacidad afectaba al desarrollo normal de la imagen corporal del niño y a la percepción de su cuerpo en el espacio. Llegó a la conclusión de que, cuando el sistema humano está sometido a un estrés excesivo, los objetivos del sistema no pueden cumplirse.

Wilkie et al. (1988) examinaron las conductas de control del dolor en los pacientes con cáncer usando el modelo del sistema conductual de Johnson. Los resultados del estudio demostraron que las personas que sufrían un dolor intenso utilizaban las conductas conocidas para protegerse de este. De ese modo, se comprobó el supuesto de que «las conductas del subsistema agresivo/protección se desarrollan y modifican a lo largo del tiempo para proteger al

individuo del dolor y, a su vez, representan algunas de las opciones del paciente para controlar el dolor» (Wilkie et al., 1988, pág. 729).

Estos descubrimientos se explicaron en un estudio sobre los «significados asociados a la toma de decisiones para tratarse y evaluarse a sí mismos» de los pacientes de cáncer con dolor metastásico óseo (Coward y Wilkie, 2000, pág. 101). Puesto que el dolor servía como estímulo para pedir un tratamiento a los cuidadores, podría considerarse como un mecanismo de protección. Sin embargo, los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes de cáncer no tomaba la medicación para el dolor tan a menudo como se les había prescrito, y que para controlar el dolor preferían los métodos no farmacológicos, como adoptar una posición cómoda u ocuparse en alguna distracción.

Considerando que el modelo podía permitir la comprensión de los aspectos culturales de la asistencia, Huang (2007) lo utilizó para identificar factores inter- e intraculturales que pudieran permitir o dificultar la conducta de cumplimiento de la medicación occidental en ancianos inmigrantes de origen chino con insuficiencia cardíaca. Oyedele, Wright y Maja (2013) analizaron los conocimientos y percepciones de los adolescentes sudafricanos sobre el embarazo en la adolescencia usando el modelo de sistema conductual de Johnson. Ellos se centraron en cuatro subsistemas: vinculación, dependencia, logro y sexual, y valoraron los estímulos, objetivos y elecciones de los adolescentes en los cuatro. A partir de estos hallazgos desarrollaron unas recomendaciones para la prevención de los embarazos no deseados en este grupo de edad. Derdiarian (1991) examinó las relaciones entre los subsistemas de agresión y de protección y los otros subsistemas. Sus descubrimientos sirvieron para justificar la idea de que los subsistemas eran interactivos, interdependientes e integrados; por tanto, Derdiarian apoyó el argumento de Johnson de que «los cambios de un subsistema provocados por la enfermedad no pueden entenderse bien sin entender previamente su relación con los cambios en los otros subsistemas» (Johnson, 1980, pág. 219).

Damus (1980) demostró la validez de la teoría de Johnson comparando los valores de la alanina aminotransferasa (ALT) en pacientes expuestos a la hepatitis B con el número de diagnósticos enfermeros. Damus correlacionó el trastorno fisiológico de los

valores elevados de ALT con el desequilibrio conductual, y descubrió que el trastorno en un área reflejaba el trastorno en otra área.

Las enfermeras investigadoras han demostrado la utilidad de la teoría de Johnson en la práctica clínica. La mayoría de estos estudios se han realizado en individuos con enfermedades de larga duración o crónicas, como incontinencia urinaria, dolor crónico, cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, estrés postraumático y enfermedades psiquiátricas (Alexander, 2006; Colling et al., 2003; Coward y Wilkie, 2000; Derdiarian, 1988; Derdiarian y Schobel, 1990; Grice, 1997; Holaday y Turner-Henson, 1987; Holaday, Turner-Henson y Swan, 1996; Martha, Bhaduri y Jain, 2004). Los estudios han probado la eficacia del uso del modelo con niños, adolescentes y ancianos. Holaday (1980), basándose en una extensa práctica en el desarrollo del instrumento y en la investigación, llegó a la conclusión de que la teoría de Johnson constituía una guía para planificar y administrar el cuidado con un conocimiento científico.

Evolución

Johnson (1982) reconoció que la base de conocimientos para utilizar su modelo era incompleta y planteó un reto a los investigadores para completar su trabajo. Pensaba que las instrucciones ofrecidas por el modelo para desarrollar un plan de estudios eran claras. Sin embargo, las lagunas de conocimientos también eran desafíos para los docentes y para los profesionales. Johnson (1989) también identificó un sueño para el crecimiento de la enfermería como una disciplina científica.

«Dado que hemos especificado la contribución especial de la enfermería en el paciente, nuestro objetivo ideal y explícito en el cuidado del paciente, el crecimiento de la enfermería como disciplina científica debería ser rápido, incluso espectacular. Cuando nuestros científicos tengan la concepción general del terreno en el que trabajamos, es decir, los fenómenos de interés para la profesión y los tipos de preguntas que hay que plantear,

será posible que trabajen juntos de forma sistemática para construir un corpus de conocimientos acumulativo.»

En primer lugar, la teoría se ha asociado con individuos. A pesar de ello, Johnson creía que los grupos de individuos, como familias y comunidades, podrían considerarse grupos de sistemas conductuales interactivos. Con el énfasis actual en los cuidados de calidad, la promoción de la salud y la prevención de las lesiones y de la enfermedad, es posible una teoría derivada del modelo que reconozca los trastornos de conducta en estos ámbitos.

Hay que destacar que la enfermería preventiva (para prevenir trastornos del sistema conductual) no es lo mismo que la medicina preventiva (para prevenir trastornos del sistema biológico) y que es necesario identificar y explicar los trastornos en ambos casos antes de elaborar los planteamientos de prevención. En ese campo, ni siquiera la medicina ha elaborado muchas medidas específicas de prevención (las vacunas para algunas enfermedades infecciosas y la protección contra enfermedades causadas por la deficiencia de vitaminas son notables excepciones). Existen una serie de planteamientos generales para mejorar la salud, como una nutrición adecuada, beber agua potable y hacer ejercicio, que pueden aplicarse para prevenir algunos trastornos.

Riegel (1989) realizó un análisis bibliográfico para identificar los principales factores que intervienen en la predicción de «conductas cardíacas de parálisis o dependencia después de un infarto de miocardio» (pág. 74). El apoyo social, la autoestima, la ansiedad, la depresión y las percepciones de la capacidad funcional se consideraron los principales factores que afectan a la adaptación psicológica a una enfermedad cardíaca coronaria crónica. De este modo se destacó el efecto del apoyo o el cuidado social en la estructura y la función del subsistema de dependencia. Johnson afirmó que «si los cuidadores fueran conscientes de cómo sus conductas y las conductas de la familia influyen en los pacientes a la hora de crearles conductas de dependencia al principio de una enfermedad, podrían evitarse fácilmente muchas disfunciones» (Johnson, comunicación personal, 1996).

Una investigación más detallada podría identificar acciones enfermeras que facilitarían el funcionamiento adecuado del sistema

para prevenir la enfermedad y mantener la salud. En vez de malgastar energías elaborando intervenciones enfermeras que respondan a las consecuencias de un desequilibrio, las enfermeras deben aprender a identificar los indicios previos a un desequilibrio y responder con intervenciones preventivas.

Si suponemos que una comunidad es un área geográfica, una subpoblación o cualquier conjunto de personas, y si suponemos que una comunidad puede beneficiarse de las intervenciones enfermeras, el marco del sistema conductual puede aplicarse a la salud de la comunidad. Una comunidad puede describirse como un sistema conductual con subsistemas interactivos que poseen elementos estructurales y requisitos funcionales. Por ejemplo, las madres de niños crónicamente enfermos poseen requisitos funcionales para mantener la estabilidad en el subsistema de realización, y factores del entorno como «la economía, la educación y el empleo influyen en las habilidades para el cuidado de las madres» (Turner-Henson, 1992, pág. 97).

Las comunidades tienen unos objetivos, normas, opciones y acciones, además de necesitar protección, cuidado y estimulación. La comunidad reacciona a los estímulos internos y externos y esto conduce a una conducta funcional o disfuncional. Un ejemplo de un estímulo externo es la política sanitaria, y un ejemplo de conducta disfuncional es una tasa de mortalidad infantil elevada. El sistema conductual está integrado por subsistemas que todavía no se han definido y que están organizados, interaccionan, son interdependientes y están integrados. Asimismo, los factores físicos, biológicos y psicosociales afectan a la conducta de la comunidad.

Investigadores de la dinámica de sistemas han demostrado de forma convincente que la capacidad de procesar información de las personas es limitada, y que los humanos utilizan el sesgo y la heurística (p. ej., anclar y utilizar la heurística disponible) para procesar la información y reducir el esfuerzo mental. Los grupos muestran el mismo sesgo (Vennix et al., 1990). La investigación en el área de los mapas cognitivos ha ilustrado el carácter limitado del procesado de información humana. Las personas parecen tener problemas al pensar en términos de redes causales.

Este corpus de investigación ofrece algunas percepciones útiles para estudiar el subsistema de ingestión. ¿Cómo procesan la

información los clientes y construyen los modelos de realidad (servicio) que guían su toma de decisiones (elección y acción)? ¿Qué problemas o deficiencias potenciales en un servicio del cliente podrían identificarse a partir de una valoración enfermera que incorporaba principios de la dinámica de sistemas? La investigación podría conducir al desarrollo de instrumentos eficaces de valoración a utilizar en ámbitos clínicos.

La investigación en la dinámica de sistemas también aporta ideas para intervenciones enfermeras que hay que comprobar con nuestros clientes. Los dinamicistas de sistemas han observado que la construcción de modelos con los clientes (con organigramas y diagramas) es útil para mejorar el procesado de información, que se basa en la premisa de que los diagramas ayudan a procesar la información (servicio y elección), especialmente en temas complejos. También han observado que es eficaz utilizar la simulación y el entrenamiento en la facilitación (hacer preguntas que fomentan la reflexión y el aprendizaje, un buen proceso de estructuración de preguntas y materiales) (Huz et al., 1997; Vennix et al., 1990). Si se hace un diagnóstico de discrepancia o insuficiencia en el subsistema de ingestión, ¿serían útiles estos mismos tipos de intervenciones?

Holden (2005) observó que la ciencia de la complejidad se basa en la tradición en enfermería que ve a los clientes y al cuidado enfermero desde una perspectiva de sistemas. La ciencia de la complejidad busca entender sistemas de adaptación complejos (Miller y Page, 2007; Rickles, Hawe y Shiell, 2007). Los sistemas de adaptación complejos son un «grupo de agentes individuales con la libertad de actuar de formas no totalmente previsibles y cuyas acciones están interconectadas, de forma que las acciones de un agente cambian el contexto de otros agentes» (Plsek y Greenhaligh, 2001, pág. 625). La teoría del sistema conductual de Johnson puso el énfasis en las conexiones e interacciones en un paradigma de sistemas. El uso de la ciencia de la complejidad podría ampliar nuestra comprensión del contexto del entorno y de los problemas de salud crónicos y relacionados con el estilo de vida que enfrentamos hoy. La ciencia de la complejidad, igual que la teoría del sistema de Johnson, indica que es esencial que exista una gama flexible de intervenciones para responder a cuestiones

sanitarias. Afecciones como la obesidad, el dolor crónico y la diabetes tienen numerosas influencias interrelacionadas como contextos del estilo de vida, sociales y culturales, y la vía propuesta no se reduce fácilmente a una solución uniforme. Los principios de la teoría de sistemas adaptativos complejos y de la teoría del sistema conductual de Johnson podrían utilizarse juntos para examinar problemas de salud, permitiendo la aparición de percepciones nuevas y revisadas.

Crítica

Claridad

La teoría de Johnson es lo bastante completa y de alcance extenso como para incluir todas las áreas de la práctica enfermera, además de proporcionar pautas para investigación y formación. La teoría es relativamente sencilla en comparación con el número de conceptos que contiene. Se considera que una persona es un sistema conductual compuesto por siete subsistemas. La enfermería es una fuerza reguladora externa.

Sencillez

La teoría puede llegar a ser compleja, ya que existen una serie de interrelaciones posibles entre el sistema conductual, sus subsistemas y el entorno. Las relaciones potenciales se están examinando, pero se necesita más trabajo empírico (Brown, 2006).

Generalidad

La teoría de Johnson se ha aplicado con frecuencia en personas que están enfermas o que se enfrentan a la amenaza de una enfermedad. Su uso en familias, grupos y comunidades es limitado. Johnson percibe a la persona como un sistema conductual integrado por siete subsistemas, agregados de sistemas de conducta interactivos. Inicialmente, Johnson no planteó directamente situaciones con un buen estado de salud o de enfermería preventiva (Johnson, *curriculum vitae,* 1984). En publicaciones posteriores, Johnson (1992) hizo especial hincapié en el rol de las enfermeras respecto al

cuidado preventivo de la salud de los individuos y de la sociedad. La autora afirmó que «la responsabilidad especial de la enfermería respecto a la salud procede de su misión social única. La enfermería necesita concentrarse en el desarrollo de la prevención para cumplir con sus obligaciones sociales» (Johnson, 1992, pág. 26).

Accesibilidad

Para obtener accesibilidad es necesario identificar los indicadores empíricos de los conceptos abstractos del modelo. La precisión empírica mejora cuando los subconceptos y las relaciones entre los subconceptos pueden definirse mejor y los indicadores empíricos entran en la ciencia. Las unidades y las relaciones entre las unidades de la teoría de Johnson están bien definidos. Por tanto, se ha demostrado un grado adecuado de precisión empírica en investigación utilizando la teoría de Johnson. Aunque en algunas obras de Johnson se utilizaron términos como **equilibrio, estabilidad, adaptación al equilibrio, alteraciones, desequilibrio** y **trastornos conductuales** de forma indistinta, los programas de investigación de Dee, Deridarian, Holaday, Lovejoy y Poster definieron los términos desde un punto de vista operativo y los usaron de forma coherente. La claridad de estas definiciones y la de los subsistemas se ha añadido a la teoría de precisión empírica (Brown, 2006).

Importancia

La teoría de Johnson sirve de orientación para la práctica, la formación y la investigación enfermeras, genera nuevas ideas sobre enfermería y diferencia la enfermería del resto de profesiones sanitarias. Centrándose en la conducta, más que en la biología, la teoría diferencia claramente la enfermería de la medicina, aunque los conceptos se solapan con los de las profesiones psicosociales.

El modelo del sistema conductual de Johnson proporciona un marco conceptual para la formación, la práctica y la investigación enfermeras. La teoría ha suscitado preguntas sobre la investigación enfermera, ha servido como base adecuada para elaborar planes de estudio y ha obtenido una opinión satisfactoria por parte de enfermeras y pacientes en sus resultados (Johnson, 1980). La teoría

posee el potencial para seguir siendo útil a la enfermería y para conseguir sus principales objetivos.

Resumen

El modelo del sistema conductual de Johnson describe a la persona como un sistema conductual con siete subsistemas: *realización, afiliación, agresión-protección, dependencia, ingestión, eliminación* y *sexo.* Cada uno de los subsistemas se interrelaciona con los demás y con el entorno, los elementos y las funciones estructurales específicos que ayudan a mantener la integridad en el sistema conductual. Otras enfermeras expertas añadieron el subsistema *restaurador*. Los componentes estructurales del sistema conductual describen cómo los individuos son motivados (impulso) para obtener objetivos específicos utilizando la predisposición del individuo para actuar de ciertas formas (servicio) y utilizando opciones disponibles para producir una acción o conducta patrón. Los requisitos funcionales o imperativos de sustento protegen, cuidan y estimulan el sistema conductual. Cuando el sistema conductual está en equilibrio y tiene estabilidad, las conductas del individuo tienen un objetivo, están organizadas y son predecibles. El desequilibrio y la inestabilidad en el sistema conductual tienen lugar cuando la tensión y los elementos estresantes afectan a la relación de los subsistemas o de los entornos internos y externos.

La enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para recuperar el equilibrio y la estabilidad, inhibiendo, estimulando o reforzando ciertas conductas (mecanismos de control), cambiando los componentes estructurales (objetivos, opciones, acciones del paciente) o satisfaciendo los requisitos de funcionamiento. La salud es el resultado de la estabilidad y equilibrio del sistema conductual (Johnson, 1980).

Los objetivos finales de Johnson se dirigieron a la práctica enfermera, un plan de estudios para enfermería y el desarrollo de la ciencia enfermera. Quería que el modelo del sistema conductual de Johnson generara y divulgara la ciencia de la enfermería satisfactoriamente para sistematizar las intervenciones enfermeras que eran éticamente reflexivas, tener en cuenta múltiples perspectivas y ser sensible a los valores sociales. Su esperanza era

que el modelo del sistema conductual de Johnson fuera un marco que pudiera dejar a futuras generaciones de enfermeras (Johnson, comunicación personal, 1991).

Caso clínico

Un hombre de 67 años ingresa en el hospital para someterse a unas pruebas diagnósticas después de sufrir fuertes dolores abdominales y pérdida de sangre en las heces. Está alerta y orientado. Tiene una historia de diabetes de tipo 2 e hipertensión. Su nivel de glucosa es de 187 mg/dl y la presión arterial es de 188/100 mmHg. Mide 1,78 m y pesa 66 kg. Actualmente toma antihipertensivos, anticoagulantes, antiinflamatorios y antidiabéticos.

Su historia reciente revela que hace 6 semanas sufrió un accidente vascular cerebral agudo que le ocasionó una parálisis parcial e insensibilidad del brazo y la pierna derechas, afasia expresiva y habla incorrecta. Finalizó un programa de 4 semanas de rehabilitación y es capaz de andar distancias cortas con un bastón y ayuda moderada. Está débil y se cansa fácilmente. Aunque puede mover el brazo derecho, lo evita a causa del dolor que le causa el movimiento. Toma paracetamol para su brazo derecho antes de la terapia y antes de dormir. También sigue mostrando una ligera afasia expresiva. Está ansioso por continuar su terapia, y se siente preocupado respecto a perder su cita con el médico ortopédico para que le evalúe el brazo derecho. Explica que ya no percibe el gusto de la comida y que no tiene apetito. Animado por su familia, come pequeñas cantidades de cada comida y toma líquidos, aunque con dificultad.

El paciente es un licenciado que recientemente se ha jubilado. Ha estado casado durante 45 años y tiene dos hijos adultos que viven en la misma ciudad. Es un líder en su iglesia y en la comunidad social. Su familia y sus amigos le visitan con frecuencia en el hospital. Está alegre e intenta hablar con las visitas. Cuando no tiene visitas, se sienta tranquilamente a oscuras o duerme. Cada vez que su familia le abraza antes de irse, se pone a llorar. Muestra afecto a las visitas y cada vez les pide perdón por «ponerse sentimental».

Valoración conductual

Utilizando el modelo del sistema conductual de Johnson, se identifica la siguiente valoración conductual:

- *Realización:* el paciente ha conseguido muchos de los objetivos de desarrollo de un adulto. Está aprendiendo de nuevo a realizar las actividades de la vida diaria (AVD), a andar y a hablar, y a realizar otras habilidades cognitivo-motoras, como leer, escribir y expresarse verbalmente.
- *Afiliación:* el paciente está casado y tiene dos hijos adultos que le apoyan y viven en la misma ciudad. Tiene muchos amigos y contactos sociales que le visitan con frecuencia.
- *Agresión-protección:* el paciente está preocupado por el hecho de que su mujer vaya al hospital por la noche y le intranquiliza que no coma bien mientras esté con él en el hospital.
- *Dependencia:* su reciente accidente vascular cerebral, que le ha causado una disminución del uso de su brazo y pierna derecha, ha afectado a su movilidad y a la ejecución independiente de AVD. La posibilidad de caerse, su incapacidad para notar si se lesiona el brazo o la pierna y la debilidad son preocupaciones de seguridad. Su esposa ha tomado las responsabilidades económicas y de mantenimiento del hogar.
- *Ingestión:* desde el accidente vascular cerebral, el paciente ha experimentado una disminución del apetito. Ha perdido 9 kg de peso en 6 semanas. Los estudios revelan que no tiene dificultades de deglución. Es capaz de comer por sí solo con la mano izquierda, pero necesita ayuda para que le corten la comida.
- *Eliminación:* el paciente es capaz de orinar sin dificultades en un orinal, pero prefiere ir hasta el aseo. Sufre estreñimiento con frecuencia a causa de la disminución de la ingesta de líquidos y alimentos.
- *Sexo:* hay cambios en la relación sexual del paciente con su esposa a causa del dolor, del uso limitado de su lado derecho y de la fatiga.

Valoración ambiental

La valoración de factores ambientales internos y externos indica que algunos están creando tensión y amenazan el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual. Esta hospitalización y las pruebas diagnósticas añaden un estrés adicional a la ya debilitada estabilidad biológica y psicológica del sistema conductual. El accidente vascular cerebral le causó varias alteraciones físicas y cognitivas que afectan a la independencia, el autocuidado, el aprendizaje, la maduración y la socialización. La hospitalización en este momento puede retrasar o disminuir el pronóstico de la rehabilitación física y del habla del paciente. Necesitará ayuda para moverse con seguridad en el entorno hospitalario.

El paciente y su esposa son miembros activos de su iglesia y participan en numerosas actividades sociales. El paciente dio clases en la escuela dominical. Las recientes enfermedades, hospitalizaciones y fatiga han reducido su habilidad para participar en actividades que realizaba anteriormente. Aunque se ha adaptado a su debilidad en el lado derecho y a la disminución de sus funciones motoras realizando las AVD con la mano izquierda y andando con un bastón, todavía necesita ayuda. El paciente y su esposa viven en un barrio residencial. La familia instaló una rampa para facilitar el acceso a su domicilio. Su esposa explica que los vecinos vigilan la casa mientras ella no está y están pendiente de ella cuando vuelve para asegurarse de que está bien.

Componentes estructurales

- *Impulso u objetivo:* el paciente parece motivado para someterse a las pruebas diagnósticas y regresar a casa. Está impaciente por volver a su programa de rehabilitación. También parece que para él es muy importante reducir el estrés de su esposa. Ella le anima y le apoya de manera positiva. Él la consulta para que le ayude a tomar decisiones.
- *Servicio:* es evidente que el paciente está acostumbrado a tomar sus propias decisiones y a ser un líder. También es evidente que está acostumbrado a hablar con su esposa para asegurarse de que ella está de acuerdo con las decisiones que él toma.
- *Opción:* aunque el paciente está de acuerdo con las pruebas

diagnósticas, desde que está hospitalizado no ha tenido más dolor ni más hemorragias. Por tanto, está más centrado en conseguir sus objetivos de rehabilitación. Empieza las actividades y busca la ayuda de sus familiares para ir hasta el aseo, andar por el vestíbulo y realizar sus AVD.

- *Acciones:* el paciente se relaciona con las visitas y con los familiares participando activamente en las conversaciones. Pide ayuda de acuerdo con sus necesidades físicas y cognitivas. Pide a sus amigos y a su familia que recen por su guía espiritual en el control de la enfermedad.

Requisitos funcionales

El paciente necesita ayuda exterior para los tres requisitos funcionales, incluyendo protección, cuidados y estimulación. Su incapacidad para percibir su lado derecho y el deterioro de su movilidad aumentan la posibilidad de lesionarse. Pueden utilizarse mecanismos de protección como barras para asirse y una silla para la ducha. El paciente necesita ayuda para prepararse la comida, pero se ha adaptado a utilizar su mano izquierda para comer y para beber. Las expectativas de socialización y de ejecución en el centro de rehabilitación son métodos importantes para estimularle. La estimulación también se la proporcionan los amigos y la familia que le visitan. La estimulación social continuada es vital para el paciente, dado que tiene dificultades para comprender otras formas de estimulación como la radio, la televisión y la lectura.

Enfermería

Las acciones enfermeras son fuerzas reguladoras externas que deben proteger, estimular y cuidar para preservar la organización y la integración del sistema conductual del paciente. Las acciones enfermeras para este paciente deberían centrarse en explicar las pruebas diagnósticas que se han de realizar y sus resultados. Será necesario identificar su comida favorita y animarle a que coma pequeñas cantidades con frecuencia, con los líquidos suficientes para evitar el estreñimiento. La enfermera debe defender la terapia física y del habla en el hospital para estimular las habilidades funcionales y reforzar las conductas de logro para reducir las necesidades de dependencia. También será muy importante

animarle a continuar la socialización con amigos y familia. El paciente y su esposa necesitarán apoyo y que les enseñen a identificar métodos de adaptación y sistemas de control del desequilibrio y de la inestabilidad, así como acciones que mejorarán las conductas que crean equilibrio y estabilidad del sistema.

Actividades de pensamiento crítico

1. Seleccione a un paciente de su práctica clínica y uno o dos subsistemas de Johnson si hay pruebas de un desequilibrio del sistema conductual o la amenaza de una pérdida del orden y conteste las preguntas siguientes:
    a. ¿Qué observación indica que existe un desequilibrio del sistema conductual o la amenaza de una pérdida del orden para el o los subsistemas?
    b. Considere el servicio del paciente. ¿En qué se centró el paciente en esta situación?
    c. Considere las elecciones del paciente. ¿Consideró el paciente un rango de conductas para la situación? ¿Qué papel desempeñó el servicio del paciente en esta elección de la conducta?
    d. ¿Qué conductas (acciones) vio y con qué frecuencia? ¿Qué nivel de intensidad?
    e. ¿Cuáles fueron las fuentes de protección, cuidado y estimulación para la o las conductas reales o deseadas? ¿Fue la fuente coherente y suficiente?
    f. ¿Qué diagnósticos hizo? Describa su o sus intervenciones.
2. Una vez completada la actividad número uno, explique cómo influyó el modelo en su valoración, la descripción del problema y su diagnóstico. Utilizando la teoría, ¿qué percepciones obtiene sobre el paciente?
3. Considere utilizar el modelo de Johnson para el cuidado preventivo en una comunidad. ¿Qué ventajas y limitaciones podría encontrarse?

Referencias para ampliar conocimientos

- www.stritch.edu/Library/Doing-Research/Research-by-Subject/Health-Sciences-Nursing-Theorists/Dorothy-Johnson—-Behavioral-System-Model/.
- Clayton State University, en http://www.clayton.edu/nursing/Nursing-Theory.
- Dorothy Johnson's Theory, en http://currentnursing.com/nursing_theory/.
- https://nurseslabs.com/dorothy-e-johnson-behavioral-systems-model.
- Johnson, D. (1988). *Portraits of excellence: The nurse theorists* (vídeo/DVD). Athens, OH: Fitne, Inc. https://www.fitne.net/nurse_theorists1.jsp.
- Holaday, B. (2014). Johnson's behavioral system model in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 138–159). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Vanderbilt Medical Center, en http://www.mc.vanderbilt.edu/diglib/sc-diglib/biopages/djohnson.html.
- En las Eskind Biomedical Library Historical Collections, de la Vanderbilt University, existe una colección completa de documentos publicados y sin publicar de Dorothy Johnson, entre ellos correspondencia personal y fotografías.

Bibliografía

Alexander, M. (2006). Compassion fatigue experienced by emergency department nurses who provided care during and after the hurricane season of 2005. College of Nursing Master's Thesis, Florida State University.

Auger JA, Dee V. A patient classification system based on the Johnson behavioral system model of nursing: Part 1. *Journal of Nursing Administration*. 1983;13(4):38–43.

Benson S. The older adult and fear of crime. *Journal of Gerontological Nursing*. 1997;23(10):24–31.

Martha L, Bhaduri A, Jain AG. Impact of oral cancer and related factors on the quality of life (QOL) of patients. *Nursing Journal of India*. 2004;95(6):129–131.

Brinkley, R., Ricker, K., & Toumey, K. (2007, Fall). Esthetic knowing with a hospitalized morbidly obese patient (abstract). *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship*, *9*.(1).

Brown VM. Behavioral system model. In: Tomey AM, Alligood MR, eds. *Nursing theorists and their work*. 6th ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier; 2006:386–404.

Buckley W, ed. *Modern systems research for the behavioral scientist: A source book*. Chicago: Aldine; 1968.

Cerda JAF, Gonzalez MI. Application of a theoretical model of nursing in the intervention with women, victims of domestic violence. *Enfermeria Global*. 2008;7(13):1–10.

Colling J, Owen T, McCreedy M, Newman D. The effects of a continence program on frail community-dwelling elderly persons. *Urologic Nursing*. 2003;23(2):117–131.

Coward DD, Wilkie DJ. Metastatic bone pain: Meanings associated with self-report and self-management decision making. *Cancer Nursing*. 2000;23(2):101–108.

Damus K. An application of the Johnson behavioral system model for nursing practice. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:274–289.

Dee V, van Servellen G, Brecht M. Managed behavioral health care patients and their nursing care problems, level of functioning, and impairment on discharge. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 1998;4(2):57–66.

Dee, V., Tyson, S., Capparrell, L., Rigali, J., & Gross, S. (1999). *Guide to Johnson behavioral system model patient acuity classification*. Unpublished Manual. University of California Los Angeles, Neuropsychiatric Institute & Hospital Nursing Department, Los Angeles, CA.

Derdiarian AK. Nursing conceptual frameworks: Implications for education, practice, and research. In: Vredevae DL, Deridiarian AK, Sama LP, Eriel M, Shipaoff JC, eds. *Concepts of oncology nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1981:369–385.

Derdiarian AK. Sensitivity of the Derdiarian behavioral system model instrument to age, site, and stage of cancer: A preliminary validation study. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1988;2(2):103–124.

Derdiarian AK. Effects of using systematic assessment instruments on patient and nurse satisfaction with nursing care. *Oncology Nursing Forum*. 1990;17(1):95–100.

Derdiarian AK. Effects of using a nursing model–based assessment instrument on quality of nursing care. *Nursing Administration Quarterly*. 1991;15(3):1–16.

Derdiarian AK, Schobel D. Comprehensive assessment of AIDS patients using the behavioral systems model for nursing practice instrument. *Journal of Advanced Nursing*. 1990;15(4):436–446.

Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2013.

Feshbach S. Aggression. In: Mussen P, ed. *Carmichael's manual of child psychology*. 3rd ed. New York: Wiley; 1970:159–259.

Fleming, B.H. (1990). Use of the Johnson model in nursing education (abstract). In Proceedings of the National Theory Conference, (pp., 109-111)., Los Angeles, UCLA., Nursing, Department, .,

Grice SL. *Nurses' use of medication for agitation for the psychiatric inpatient*. Washington, DC: Unpublished doctoral dissertation, Catholic University of America; 1997.

Grubbs J. An interpretation of the Johnson behavioral system model for nursing practice. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:217–254.

Hadley, B.J. (1970, March). *The utility of theoretical frameworks for curriculum development in nursing; the happening at Colorado*. Paper presented at WIN (Western Interstate Council of Higher Education in Nursing), Honolulu, Hawaii.

Harris RBC. Introduction of a conceptual model into a baccalaureate course. *Journal of Nursing Education*. 1986;25(1):66–89.

Heikham GC, Raddi SA. Knowledge regarding complications of instrumental delivery and their management among final year B. S. nursing students of a selected nursing college, Belgaum Karnataka. *International Journal of Health Science and Research (IJHSR)*. 2015;5(5):277–283.

Herbert J. A model for Anna: Using the Johnson model of nursing in the care of one 75-year-old stroke patient. *Journal of Clinical Practice, Education and Management*. 1989;3(42):30–34.

Hernandez, R. (2016). Influencias Maternas en el sistema conductual del hijo/a relacionado con el estado nutricio (Maternal influences in their child behavioral system related to his/her nutritional status). Unpublished doctoral dissertation, Universiadad Autonoma de Tamaulipas, Mexico.

Holaday B. Implementing the Johnson model for nursing practice. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:255–263.

Holaday B. Maternal response to their chronically ill infant's attachment behavior of crying. *Nursing Research*. 1981;30:343–348.

Holaday B. Maternal conceptual set development: Identifying patterns of

maternal response to chronically ill infant crying. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1982;11:47–69.

Holaday B, Turner-Henson A. Chronically ill school-age children's use of time. *Pediatric Nursing*. 1987;13(6):410–414.

Holaday B, Turner-Henson A, Swan J. The Johnson behavioral system model: Explaining activities of chronically ill children. In: Hinton Walker P, Neuman B, eds. *Blueprint for use of nursing models*. New York: NLN Press; 1996:33–63.

Holden LM. Complex adaptive systems: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(6):651–658.

Huang, L. (2007). Chinese culture versus western medicine: Health implications for San Francisco elder Chinese immigrants with heart failure. Unpublished doctoral dissertation, Walden University. (AAT3258410).

Huz S, Andersen DF, Richardson GP, Boothroyd R. A framework for evaluating systems thinking interventions: An experimental approach to mental health system change. *Systems Dynamics Review*. 1997;13(2):145–169.

Jenkins GM. The systems approach. *Journal of Systems Engineering*. 1969;1(1):3–49.

Johnson DE. The nature of a science of nursing. *Nursing Outlook*. 1959;7:291–294.

Johnson DE. A philosophy of nursing. *Nursing Outlook*. 1959;7(4):198–200.

Johnson, D.E. (1961a). *A conceptual basis for nursing care*. Unpublished lecture, Third Conference, C.E. Program, University of California, Los Angeles.

Johnson, D.E. (1961b). *Nursing's specific goal in patient care*. Unpublished lecture, Faculty Colloquium, School of Nursing, University of California, Los Angeles.

Johnson, D.E. (1965). *Is nursing meeting the challenge of family needs?* Unpublished lecture, Wisconsin League for Nursing, Madison, WI.

Johnson DE. *One conceptual model of nursing*. Nashville, TN: Unpublished lecture, Vanderbilt University; 1968.

Johnson, D.E. (1976). *The search for truth*. Paper presented at the installation of officers for the new chapter (Gamma Mu) of Sigma Theta Tau at the University of California, Los Angeles.

Johnson, D.E. (1977). The behavioral system model for nursing. Paper presented at a workshop for Sigma Theta Tau.

Johnson, D.E. (1978). *Implications for research—the Johnson Behavioral System Model*. Paper presented at the Second Annual Nurse Educator

Conference, New York City.

Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:207–216.

Johnson, D.E. (1982). *The behavioral system model for nursing*. Paper presented at Wheeling College, West Virginia.

Johnson, D.E. (1989). *Some thoughts on nursing*. Unpublished paper.

Johnson DE. Origins of behavioral system model. In: Nightingale F, ed. *Notes on nursing*. Commemorative edition Philadelphia: Lippincott; 1992:23–28.

Kirk, N. (2015). Overall quality of life in ventricular assist device patients. Poster presented at the 14th Annual Celebration for Undergraduate Research and Creative Performance, Digital Commons. http://digitalcommons.hope.edu.

Lachicotte JL, Alexander JW. Management attitudes and nurse impairment. *Nursing Management*. 1990;21(9):102–110.

Lanouette M, St-Jacques A. Premature infants and their families. *Canadian Nurse*. 1994;90(9):36–39.

Lorenz K. *On aggression*. New York: Harcourt; 1966.

Loveland-Cherry C, Wilkerson S. Dorothy Johnson's behavioral systems model. In: Fitzpatrick J, Whall A, eds. *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. Bowie, MD: Robert J. Brady; 1983:117–135.

Miller JG, Page SE. *Complex adaptive systems: An introduction to computational models of social life*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2007.

Miller JG. Living systems: Basic concepts. *Behavioral Science*. 1965;10(2):193–237.

Orb A, Reilly DE. Changing to a conceptual base curriculum. *International Nursing Review*. 1991;38(2):56–60.

Oyedele OA, Wright SCD, Maja TMM. Prevention of teenage pregnancies in Soshanguve, South Africa: Using the Johnson behavioural system model. *African Journal of Nursing & Midwifery*. 2013;15(1):95–108.

Parsons T. *The social system*. Glencoe, IL: Free Press; 1951.

Parsons T. *Societies: Comparative and evolutionary perspectives*. Englewood, NJ: Prentice-Hall; 1964.

Plsek R, Greenhaligh TT. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*. 2001;323(7313):625–628.

Poster EC, Dee V, Randell BP. The Johnson behavioral systems model as a framework for patient outcome evaluation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 1997;3(3):73–80.

Puntil C. New graduate orientation program in geriatric psychiatric

inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*. 2005;56(1):65–80.

Randell BP. NANDA versus the Johnson behavioral systems model: Is there a diagnostic difference? In: Carroll-Johnson RM, ed. *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the ninth conference*. Philadelphia: Lippincott; 1991:154–160.

Rawls AC. Evaluation of the Johnson behavioral model in clinical practice: Report of a test and evaluation of the Johnson theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1980;12(1):13–16.

Rickles D, Hawe P, Shiell A. A simple guide to chaos and complexity. *Health*. 2007;61(11):933–937.

Riegel B. Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: Operationalization of Johnson's behavioral system model. *Advances in Nursing Science*. 1989;11(2):74–84.

Small B. Nursing visually impaired children with Johnson's model as a conceptual framework. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:264–273.

Tamilarasi B, Kanimozhi M. Improving quality of life in breast cancer survivors: Theoretical approach. *The Nursing Journal of India*. 2009;100(12):276–277.

Turner-Henson, A. (1992). *Chronically ill children's mothers' perceptions of environmental variables*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham.

Vennix JAM, Gubbels JW, Post D, Poppen HJ. A structured approach to knowledge elicitation in conceptual model-building. *Systems Dynamics Review*. 1990;6(2):194–208.

Wang K, Palmer MH. Women's toileting behavior related to urinary elimination: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(8):1874–1884.

Wilkie D, Lovejoy N, Dodd M, Tesler M. Cancer pain control behaviors: Description and correlation with pain intensity. *Oncology Nursing Forum*. 1988;15(6):723–731.

Wilmoth MC. Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics of North America*. 2007;42(4):507–514.

Wilmoth MC, Ross JA. Women's perception: Breast cancer and sexuality. *Cancer Practice*. 1997;5(6):353–359.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Johnson, D.E. (1964, June). Is there an identifiable body of knowledge essential to the development of a generic professional nursing program? In M., Maker, (Ed.), *Proceedings of the First Interuniversity Faculty Work Conference*. New England Board of Higher Education, Stowe, VT.

Johnson DE. *Medical-surgical nursing: Cardiovascular care in the first person. In American Nurses Association, ANA Clinical Sessions*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1973: (pp. 127-134).

Johnson DE. Foreword. In: Auger JR, ed. *Behavioral systems and nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1976.

Johnson DE. *State of the art of theory development in nursing. In National League for Nursing, Theory development: What, why, how?*. New York: National League for Nursing; 1978: (NLN Pub. No. 15-1708).

Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:207–216.

Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In: Parker ME, ed. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1990:23–32.

Artículos de revistas

Johnson DE. Learning to know people. *American Journal of Nursing*. 1943;43:248–252.

Johnson DE. Collegiate nursing education. *College Public Relations Quarterly*. 1954;5:32–35.

Johnson DE. Patterns in professional nursing education. *Nursing Outlook*. 1961;9(10):608–611.

Johnson, D.E. (1961, Nov.). The significance of nursing care. *American Journal of Nursing*, *61*(11), 63-66.

Johnson DE. Professional education for pediatric nursing. *Children*. 1962;9:153–156.

Johnson DE. Nursing and higher education. *International Journal of Nursing Studies*. 1964;1:219–225.

Johnson DE. Crying in the newborn infant. *Nursing Science*. 1965;3:339–355.

Johnson DE. Today's action will determine tomorrow's nursing. *Nursing Outlook*. 1965;13(9):38–41.

Johnson DE. Competence in practice: Technical and professional. *Nursing Outlook*. 1966;14(10):30–33.

Johnson DE. Year round programs set the pace in health careers promotion. *Hospitals*. 1966;40:57–60.

Johnson DE. Powerlessness: A significant determinant in patient behavior? *Journal of Nursing Educators*. 1967;6(2):39–44.

Johnson DE. Professional practice in nursing. *NLN Convention Papers*. 1967;23:26–33.

Johnson DE. Critique: Social influences on student nurses in their choice of ideal and practiced solutions to nursing problems. *Communicating Nursing Research*. 1968;1:150–155.

Johnson DE. Theory in nursing: Borrowed and unique. *Nursing Research*. 1968;17:206–209.

Johnson DE. Toward a science in nursing. *Southern Medical Bulletin*. 1968;56:13–23.

Johnson DE. Development of theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*. 1974;23:372–377.

Johnson DE. Some thoughts on nursing. *Clinical Nurse Specialist*. 1982;3(1):1–4.

Johnson DE. Evaluating conceptual models for use in critical care nursing practice. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1987;6:195–197.

Johnson DE, Wilcox JA, Moidel HC. The clinical specialist as a practitioner. *American Journal of Nursing*. 1967;67:2298–2303.

McCaffery M, Johnson DE. Effect of parent group discussion upon epistemic responses. *Nursing Research*. 1967;16:352–358.

Fuentes secundarias

Capítulos de libros

Fawcett J. Johnson's behavioral system model. In: Fawcett J, ed. *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of contemporary knowledge: Nursing models and theories*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2013: pp. 60-87, 104.

Hoeman SP. Conceptual bases for rehabilitation nursing. In: Hoeman SP, ed. *Rehabilitation nursing: Process and application*. 2nd ed. St Louis: Mosby; 1996:7.

Holaday B. Johnson's behavioral system model in nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization and application*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2014:138–159.

Holaday B. Dorothy Johnson's behavioral system model and its applications (pp. 79-93). In: Parker ME, ed. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2015.

Johnson BM, Webber PB. *An introduction to theory and reasoning in nursing*. Philadelphia: Lippincott; 2005: (pp. 141-144).

Lobo ML. Behavioral system model: Dorothy E. Johnson. In: George JB, ed.

Nursing theories: The base for professional nursing practice. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002:155–169.

McEwin M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia: Lippincott; 2007: (2nd ed., pp. 148–152).

Meleis A. *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott; 2012: (5th ed., pp. 280–289).

Wesley, R.L. (1995). *Nursing theory and models* (pp. 64-66; 152-153). Springhouse, PA: Springhouse.

Artículos de revistas

Botha ME. Theory development in perspective: The role of conceptual frameworks and models in theory development. *Journal of Advanced Nursing*. 1989;14(1):49–55.

Derdiarian, A.K., & Forsythe, A.B. (1983, Sept./Oct.). An instrument for theory and research development using the behavioral systems model for nursing: The cancer patient. Part II. *Nursing Research*, *32*, 260-266.

Dhasaradhan I. Application of nursing theory into practice. *Nursing Journal of India*. 2001;92(10):224: 236.

D'Huyvetter D. The trauma disease. *Journal of Trauma Nursing*. 2000;7(1):5–12.

Dimino E. Needed: Nursing research questions which test and expand our conceptual models of nursing. *Virginia Nurse*. 1988;56(3):43–46.

Hall EOC. Four generations of nurse theorists in the U.S.: An overview of their questions and answers. *Nordic Journal of Nursing Research*. 1997;17(2):15–23.

Holaday B. Achievement behavior in chronically ill children. *Nursing Research*. 1974;23:25–30.

Kaya N. Effect of attachment styles of individuals discharged from an intensive care unit on intensive care experience. *Journal of Critical Care*. 2012;27(1):7–14.

Keen J. The behavioral mode. *Nursing (Oxford)*. 1982;2(3):71–73.

Lidell E, Segesten K, Fridlund B. Myocardial infarction patients' anxiety along the life span and interrelationship with self concept. *Nordic Journal of Nursing Research*. 1998;18(3):15–19.

Lovejoy N. The leukemic child's perception of family behaviors. *Oncology Nursing Forum*. 1983;10(4):20–25.

Ma T, Gandet D. Assessing the quality of our end-stage renal disease client population. *Journal of the Canadian Association of Nephrology Nurses and Technicians*. 1997;7(2):13–16.

Magnari LE. Hardiness, self-perceived health, and activity among

independently functioning older adults. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1990;4(3):177–188.

McCauley KC, Choromanski JD, Wallinger C, Liv K. Current management of ventricular tachycardia: Symposium from the Hospital of the University of Pennsylvania. Learning to live with controlled ventricular tachycardia; Utilizing the Johnson mode. *Heart and Lung*. 1984;13(6):633–638.

Meng M, Jiang A, Li F. Research progress on Johnson's behavioral system model. *Chinese Nursing Research*. 2007;21(35).

Moreau D, Poster EC, Niemela K. Implementing and evaluating an attending nurse model. *Nursing Management*. 1993;24(6):56–58: 60, 64.

Newman MA. Theory for nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(4):153–157.

Niemela K, Poster ED, Moreau D. The attending nurse: A new role for the advanced clinician: Adolescent inpatient unit. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric & Mental Health Nursing*. 1992;5(3):5–12.

Poster EC, Beliz L. Behavioral category ratings of adolescents on an inpatient psychiatric unit. *International Journal of Adolescence and Youth*. 1988;1:293–303.

Poster EC, Beliz L. The use of the Johnson behavioral systems model to measure changes during adolescent hospitalizations. *International Journal of Adolescence and Youth*. 1992;4(1):73–84.

Reynolds W, Cormack DFS. An evaluation of the Johnson behavioral systems model for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16(9):1122–1130.

Urh I. Dorothy Johnson's theory and nursing care of a pregnant woman. *Obzornik Zdravstvene Nege*. 1998;32(516):199–203.

Wilke DJ. Cancer pain management: State-of-the-art nursing care. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(2):331–343.

Wilmoth MC, Tingle LR. Development and psychometric testing of the Wilmoth Sexual Behaviors Questionnaire: Female. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2001;32(4):135–151.

Wilmoth MC, Townsend J. A comparison of the effects of lumpectomy versus mastectomy on sexual behaviors. *Cancer Practice*. 1995;3(5):279–285.

Zhou L, Tang L. Application of Johnson's behavioral system theory in a patient of extrahepatic bile duct stones with postoperative depression. *Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army*. 2010:*21*.

[*] Autoras anteriores: Victoria M. Brown, Sharon S. Conner, Linda S. Harbour, Jude A. Magers y Judith K. Watt.

UNIDAD IV

Teorías y grandes teorías

Introducción
Capítulo 19: Teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica
Capítulo 20: Teoría de las transiciones
Capítulo 21: Modelo de promoción de la salud
Capítulo 22: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales
Capítulo 23: Salud como expansión de la conciencia
Capítulo 24: Desarrollo humano
Capítulo 25: Modelos y modelado de roles
Capítulo 26: Teoría bioética sinfonológica

Introducción

- Las teorías en enfermería describen, explican o predicen los resultados basados en las relaciones entre los conceptos de los fenómenos enfermeros.
- Las teorías proponen relaciones enmarcando un problema enfermero y definiendo términos relevantes.
- Las teorías en enfermería se pueden desarrollar a varios niveles de abstracción.
- Las grandes teorías de la enfermería se consideran teorías, porque, aunque son casi igual de abstractas que un modelo conceptual, proponen un resultado que permite valorar la principal premisa de la misma.
- Ejemplos de grandes teorías de los modelos de enfermería son la teoría de Roy sobre la persona como sistema adaptativo, la teoría de Neuman sobre la estabilidad óptima del cliente y la teoría de King del logro de objetivos. Otros ejemplos de grandes teorías son el modelado de Erickson y el modelado de roles o teoría de las transiciones de Meleis.

La filosofía
establece las bases del significado de los fenómenos enfermeros mediante el análisis, el razonamiento y la presentación lógica de conceptos e ideas.
Los modelos conceptuales
son un conjunto de conceptos que tratan de explicar los fenómenos centrales de la enfermería a través de una serie de proposiciones que explican la relación entre ellos.
El concepto de gran teoría
deriva de un modelo conceptual y propone una hipótesis susceptible de análisis que valora la premisa principal del modelo.
La teoría en enfermería
son proposiciones susceptibles de análisis derivadas de las filosofías, los modelos conceptuales, las grandes teorías, las teorías sobre la enfermería abstractas o las teorías de otras disciplinas. Las teorías son menos abstractas que la gran teoría y menos específicas que las teorías de nivel medio.
El concepto de teoría de nivel medio
es más específico para la práctica y propone una serie de aspectos de la enfermería prácticos y susceptibles de análisis, que incluyen detalles como el grupo de edad del paciente, su situación familiar, su estado de salud, su localización y la acción de la enfermera.
Futuro de la teoría en enfermería
Los sistemas teóricos en enfermería orientan y generan comprensión para la práctica, la investigación, la administración y la formación.
Metaparadigma
Los límites conceptuales de la disciplina enfermera en sentido amplio: seres humanos, entorno, salud y enfermería

19

Teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica

Marguerite J. Purnell

«La naturaleza de las relaciones se transforma a través del cuidado.»

(Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 4)

Anne Boykin

Savina O. Schoenhofer

Acreditaciones y antecedentes

Anne Boykin

Anne Boykin creció en Kaukauna (Wisconsin) y era la mayor de seis hermanos. Comenzó la carrera de Enfermería en 1966 y se graduó en el Alverno College de Milwaukee (Wisconsin). Completó un máster en la Emory University de Atlanta (Georgia), y el doctorado en la Vanderbilt University en Nashville (Tennessee). La Dra. Boykin está casada con Steve Staudenmeyer y tienen cuatro hijos. Anne Boykin se jubiló en otoño de 2011 y es profesora emérita de la Facultad de Enfermería Christine E. Lynn en la Florida Atlantic University. Se ha mudado a Asheville, Carolina del Norte, donde disfruta en un entorno montañoso y con lagos.

La Dra. Boykin es actualmente directora del Anne Boykin Institute para el avance de los cuidados en enfermería de la facultad. Boykin se ha involucrado durante mucho tiempo en el avance del conocimiento en la disciplina, especialmente centrado en el fenómeno del cuidado. Los cargos que ha desempeñado en la International Association for Human Caring incluyen el de presidenta electa (1990-1993), presidenta (1993-1996) y miembro del comité de nominación (1997-1999). Como expresidenta más reciente, trabajó como coeditora de la publicación *International Association for Human Caring* (1996-1999).

El trabajo de Boykin se centra en los cuidados en el campo de la enfermería. Se evidencia en sus libros *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice* (coescrito con Schoenhofer; 1993, 2001a) y *Living a Caring-Based Program* (1994b). Este último ilustra cómo los cuidados son la base del desarrollo de un programa de enfermería creando el entorno para el estudio a través de la evaluación. Además de estos libros, Boykin es editora de *Power, Politics and Public Policy: A Matter of Caring* (1995) y *Caring as Healing: Renewal Through Hope,* coeditado con Gaut (1994). En 2014, Boykin, Schoenhofer y Valentine coeditaron *Health Care System Transformation for Nursing and Health Care System Leaders: Implementing a Culture of Caring,* que incluye estrategias prácticas para que todos los implicados en el sistema sanitario utilicen los valores del cuidado de la vida. Ha escrito numerosos capítulos de libros y artículos, y es una referencia local, regional, nacional e internacional en el campo de los cuidados.

Savina O. Schoenhofer

Savina Schoenhofer es la segunda de nueve hermanos, y la primera mujer, y creció en el rancho de su familia, en Kansas. Su nombre proviene de su abuelo materno, que era un músico clásico de Kansas City (Missouri). Tiene una hija, Carrie, y una nieta, Emma.

En los años sesenta, Schoenhofer pasó 3 años en el Amazonas brasileño trabajando como voluntaria en el desarrollo de la comunidad. Sus estudios iniciales de enfermería los realizó en la Wichita State University, donde se graduó en Enfermería, Psicología y Asesoramiento. Completó su doctorado en

Fundaciones Educativas y Administrativas en la Kansas State University en 1983. En 1990, Schoenhofer cofundó *Nightingale Songs*, un lugar de encuentro para comunicar la belleza de la enfermería en prosa y poesía. Schoenhofer descubrió en un primer estudio que los cuidados eran el servicio que los pacientes acogían con mayor gratitud. Además de su trabajo sobre los cuidados y su trabajo como coautora con Boykin de *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice* (1993, 2001a), Schoenhofer ha escrito numerosos y valiosos artículos de enfermería, atención primaria, educación en enfermería, relación de ayuda, habilidad y tutoría.

Su carrera en enfermería ha sido influida significativamente por tres colegas: la teniente coronel Ann Ashjian (jubilada), cuya práctica de la enfermería en la comunidad en Brasil supuso un modelo de inspiración de la enfermería; la Dra. Marilyn E. Parker, una colega de facultad, que fue su tutora en la idea de la enfermería como una disciplina, el papel académico de la educación superior y el mundo de las teorías y teóricas sobre enfermería, y la Dra. Anne Boykin, que la introdujo en la visión de los cuidados como una base para los estudios de enfermería.

La Dra. Schoenhofer trabaja en el Ethics Advisory Committee en el University of Mississippi Medical Center, en el que ofrece consultoría y asesoría sobre cuestiones éticas en situaciones clínicas que surgen en la práctica y sobre formación en ética en la atención sanitaria en centros clínicos y formativos. Es profesora de Enfermería en la University of Mississippi Medical Center School of Nursing en Jackson y profesora adjunta en la Facultad de Enfermería de la Florida Atlantic University, Boca Ratón (Florida). La Dra. Schoenhofer está comprometida con el estudio de la enfermería como cuidado.

Fuentes teóricas

La teoría de la enfermería como cuidado surgió en los inicios de un trabajo de desarrollo curricular en la Facultad de Enfermería de la Florida Atlantic University. Anne Boykin y Savina Schoenhofer pertenecían a un grupo de la facultad que revisaba el currículo basado en los cuidados. Cuando se completó e implantó el currículo revisado, cada una reconoció la importancia y la necesidad de

continuar desarrollando las ideas sobre un marco conceptual amplio en el que se reflejara el concepto y el objetivo de la enfermería como disciplina y profesión. La teoría de la enfermería como cuidado es un resultado de este trabajo. El punto de partida del pensamiento tradicional fue la aceptación de los cuidados como objetivo, más que como medios, y de la enfermería como intención de cuidar, más que meramente como un instrumento.

Trabajos posteriores para identificar las bases aceptadas de la enfermería apoyaron la idea de la situación de la enfermería como una experiencia viva compartida en la que los «cuidados compartidos» (Boykin y Schoenhofer, 1993, pág. 26) potencian a la persona. Se refleja la persona como vivencia basada en los cuidados. Las nuevas nociones sobre la situación de enfermería y el objetivo de la enfermería hacen surgir el significado de las bases de la teoría y permiten la comprensión práctica de la enfermería tanto como disciplina como profesión. Cuando surgieron la crítica y el refinamiento de la teoría, además del estudio de las situaciones de enfermería, se consideró que el concepto de la enfermería centrada principalmente en la salud era limitante. Boykin y Schoenhofer proponen que la enfermería está centrada en un amplio espectro del ser humano, centrado en una enfermería conceptualizada como «fomento de que las personas vivan y crezcan en el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 1993, pág. 22).

Tres principios influyeron significativamente en el desarrollo inicial de la teoría. La teoría existencial fenomenológica de Paterson y Zderad (1988) sobre la enfermería humanística, considerada por Boykin y Schoenhofer el antecedente histórico de la enfermería como cuidado para dichas ideas germinales, como «el compartido», «necesidad de enfermería», «respuesta de cuidados» y «persona», sirvió como base sustantiva y estructural para su conceptualización de la enfermería como cuidado. La tesis de Roach (1987, 2002), que afirma que el cuidado es el modo humano de ser, encuentra su expresión natural y dominio en las asunciones de la teoría. Sus «6 C» –*compromiso, confianza, conciencia, competencia, compasión* y *comportamiento*– contribuyen a aportar un idioma a los cuidados (Roach, 2002). El trabajo de Mayeroff (1971), *On Caring*, proporcionó un lenguaje elemental y rico que facilitó el reconocimiento y la descripción del significado práctico del vivir los

cuidados en la cotidianidad de la vida. Los principales ingredientes de los cuidados de Mayeroff (1971) –conocimiento, cambio de ritmos, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y valor– describen el corazón del ser humano. En la teoría de la enfermería como cuidado, los conceptos de Mayeroff son fundamentales para entender la vida como cuidado y para valorar su única expresión en la relación recíproca del cuidador y del cuidado.

El concepto de Boykin y Schoenhofer de la enfermería como disciplina se vio influido por Phenix (1964), King y Brownell (1976) y Orem (1979), y el de enfermería como profesión, por las ideas de Flexner (1910). Además del trabajo de estos pensadores, Boykin y Schoenhofer son miembros veteranos de la comunidad de profesores de enfermería, cuyo estudio se centra en los cuidados. Sin duda su asociación colegial y su apoyo mutuo influyeron en el trabajo.

Los principios de la teoría de la enfermería como cuidado se publicaron por primera vez en 1990 y 1991, y se presentó por primera vez de forma completa esta teoría en la conferencia de teorías en 1992 (Boykin y Schoenhofer, 1990, 1991; Schoenhofer y Boykin, 1993). Posteriormente apareció *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*, publicado en 1993 (Boykin y Schoenhofer, 1993) y reeditado con un epílogo en 2001 (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Gaut observa en Boykin y Schoenhofer (2001a) que la teoría es un ejemplo excelente de crecimiento por la intensidad o la iluminación creciente, caracterizada por «el desarrollo de una bibliografía aún existente, de la categorización de las conceptualizaciones del cuidado, y un desarrollo posterior de las teorías del cuidado humano» (pág. xii).

Principales conceptos y definiciones

Objetivo e intención de la enfermería

Las disciplinas del conocimiento son comunidades de docentes que desarrollan una perspectiva particular del mundo y lo que significa estar en el mundo (King y Brownell, 1976). Las comunidades

disciplinarias mantienen en común un sistema de valores que se expresa como su objetivo único en el conocimiento y en la práctica. El **objetivo** de la enfermería desde la perspectiva de la teoría de la enfermería como cuidado es que la disciplina de conocimiento y la práctica profesional es *atender a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado.* La **intención** general de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, y apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas (Boykin y Schoenhofer, 2006). Este papel se refleja excepcionalmente cuando la enfermera establece una relación con la persona cuidada con la intención de conocerla como persona cuidada, y reconociendo y celebrando dicha persona como persona cuidada (Boykin y Schoenhofer, 2001a). El cuidado es la expresión de la enfermería y es «la presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona que se reconoce como persona que vive el cuidado y crece en el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 1993, pág. 24). La sensibilidad y los conocimientos para crear formas únicas y eficaces de comunicar los cuidados se desarrollan a través de la intención de cuidar de la enfermera.

Perspectiva de las personas como cuidado

El supuesto fundamental de la teoría es que todas las personas son cuidado. El cuidado es vivido por cada persona, momento a momento, y es una característica esencial del ser humano. El cuidado es un proceso y, durante la vida, cada persona crece con la capacidad de expresar cuidado. Por tanto, la **persona** se reconoce como una manifestación constante de cuidado. Desde la perspectiva de la teoría, «fundamental, potencial y realmente, cada persona es cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 2), aunque cada acto de la persona pueda no entenderse como cuidado. Es básico para la teoría conocer a la persona que vive en cuidados y crece en cuidados.

Situación enfermera

El cuidado es un servicio que ofrece la enfermería y vive en el contexto de la **situación enfermera** (Boykin y Schoenhofer, 2006). La situación de enfermería es el lugar donde todo se conoce y realiza en enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001a) y se conceptualiza como «la experiencia vivida y compartida donde los

cuidados entre la enfermera y la persona cuidada potencian a la persona» (Boykin y Schoenhofer, 1993, pág. 33). La situación de enfermería es lo que está en la mente de la enfermera siempre que su intención sea «cuidar» (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Es dentro de la situación de enfermería que la enfermera atiende llamadas de cuidados o extiende la mano a la persona cuidada, con la práctica de la enfermería y el conocimiento práctico de la enfermería colocados en este contexto relacional. La situación de enfermería supone la expresión de unos valores, intenciones y acciones de dos o más personas que eligen vivir una relación de cuidado. En esta relación vivida, todo el conocimiento de la enfermería se crea y se entiende (Boykin y Schoenhofer, 2006).

Personalidad

La **personalidad** es un proceso de vida que se basa en el cuidado. Implica ser uno mismo como persona cuidada auténtica y estar abierta a desplegar posibilidades de cuidados. Los profesionales de enfermería viven constantemente el significado de su cuidado de momento a momento. Dentro de la situación de enfermería, la experiencia vivida y compartida de los cuidados potencia la personalidad, y tanto la enfermera como la persona atendida crecen en cuidados. En la intimidad de los cuidados, el respeto por uno mismo como persona y el respeto por los demás son valores que afirman la personalidad. «Un entendimiento profundo de la personalidad comunica la paradoja de una comunión persona como persona y persona en comunión a la vez» (Boykin y Schoenhofer, 2006, pág. 336).

Invitación directa

Dentro de la situación de enfermería, la **invitación directa** abre la relación al verdadero cuidado entre el profesional de enfermería y la persona atendida. La invitación directa de este profesional ofrece la oportunidad al atendido de compartir lo que verdaderamente importa en ese momento. Con la intención de llegar a conocer de verdad a la persona a la que cuida, el profesional de enfermería se arriesga a entrar en el mundo del otro y a llegar a saber lo que tiene sentido para él. El enfoque se dirige al significado de la persona a la que se proporcionan los cuidados. En el lenguaje personal del profesional de enfermería se transmiten invocaciones a compartir

lo que importa, con reflexiones del estilo de «¿cómo puedo cuidarlo de manera que tenga sentido para usted?» o «¿qué es lo que más le importa en este momento?». El poder de la invitación directa profundiza en la humildad de la situación de enfermería, unificando y guiando la intención del profesional y de la persona a la que cuida. Estas invitaciones expresadas de forma singular sobre los cuidados promueven respuestas de valoración mutua en la satisfacción de la relación del cuidado.

Llamada de cuidado

Las **llamadas de cuidado** son llamadas de atención percibidas por la mente de la enfermera (Boykin y Schoenhofer, 2001a, 2001b). La intencionalidad (Schoenhofer, 2002a) y la presencia auténtica desencadenan en la enfermera las llamadas de cuidado. La enfermera responde únicamente a la persona cuidada con un conocimiento desarrollado deliberadamente de lo que significa ser humano, reconociendo y afirmando que la persona vive los cuidados de formas excepcionales en la situación inmediata (Boykin y Schoenhofer, 1993). Las llamadas de cuidado son únicas, expresiones personales, no pueden ser predichas, pero se originan en las personas que viven cuidados en sus vidas y mantienen esperanzas y aspiraciones de crecer en cuidados. «Las llamadas de cuidado son formas individualmente relevantes de decir "conóceme como persona de cuidados en el momento y quédate conmigo mientras intento vivir completamente tal y como soy"» (Boykin y Schoenhofer, 2006, pág. 336).

Cuidados compartidos

Cuando la enfermera entra en el mundo de la otra persona con la intención de conocerla como persona de cuidados, el encuentro origina el fenómeno de los **cuidados compartidos,** dentro del cual la persona es atendida (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Mediante la presencia y la intencionalidad, la enfermera consigue conocer a la persona cuidada, viviendo y creciendo en cuidados. La manifestación constante y mutua potencia su relación de amor. Sin el cuidado entre la enfermera y la persona cuidada, puede producirse una actividad unidireccional o el intercambio recíproco, pero el cuidar en su significado más completo no ocurre. Es en el contexto de los *cuidados compartido*s donde la persona es atendida,

expresándose cada uno a su manera y reconociendo a la otra persona como una persona de cuidados (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

Respuesta de enfermería

En la situación de enfermería el conocimiento de una persona responde a la llamada de enfermería y forma la **respuesta de enfermería,** transformando el conocimiento aportado por la enfermera a la situación desde lo general a lo singular y único (Boykin y Schoenhofer, 2001a). La respuesta de enfermería se cocrea en la intimidad de lo que importa realmente y es una expresión específica de la aportación de cuidados para mantener y fortalecer al otro ser que vive y crece en cuidados. Las respuestas de enfermería a las llamadas de cuidados evolucionan cuando las enfermeras aclaran su entendimiento sobre las llamadas a través de su presencia y diálogo. Estas respuestas se crean expresamente para el momento y no pueden ser predecibles o aplicadas como protocolos planeados de antemano (Boykin y Schoenhofer, 1997).

Relato como método para conocer la enfermería

El **relato** es un método para conocer la enfermería y un medio para todas las formas de investigar en enfermería. Los relatos de enfermería encarnan la experiencia vivida de situaciones de enfermería que incluyen a la enfermera y a la persona cuidada. Como almacén del conocimiento de enfermería, cualquier situación de enfermería tiene el potencial de ilustrar la profundidad y la complejidad de la experiencia vivida, es decir, los cuidados que se producen entre la enfermera y la persona cuidada. El contenido del conocimiento de enfermería se genera, desarrolla, conserva y conoce a través de la experiencia vivida de situaciones de enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001a). La situación de enfermería como unidad de conocimiento y práctica se recrea en la narrativa o la historia (Boykin y Schoenhofer, 1991). Las situaciones de enfermería se ilustran mejor con medios estéticos, como relatos, poesía, artes gráficas y danza, para conservar el significado vivido de la situación y la apertura de la situación a través del texto. Estos medios proporcionan tiempo y espacio para la reflexión y la creatividad en el entendimiento avanzado (Boykin, Parker y Schoenhofer, 1994; Boykin y Schoenhofer, 1991, 2001a, 2006). El

relato es un método para recrear y representar la esencia de la experiencia, exponiendo el conocimiento de la enfermería para un estudio posterior (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

Uso de datos empíricos

Los supuestos de la enfermería como cuidado se basan en la práctica de la enfermería al conocer, fortalecer e iluminar los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada. Como tales, más que proveer directamente variables empíricas de las que se realizan hipótesis y predicciones que hay que demostrar, la teoría de la enfermería como cuidado *se transforma cualitativamente en práctica.* En la teoría, las personas son únicas y no predecibles en cada momento y, por tanto, no pueden, y no deben, ser manipuladas o ser objeto de pruebas, investigaciones y variables. Ellis creía que las teorías deberían revelar el conocimiento que las enfermeras deben perseguir (Algase y Whall, 1993). La teoría de la enfermería como cuidado revela la esencia de reconocer el cuidado compartido entre la enfermera y la persona cuidada como un conocimiento que las enfermeras deben alcanzar. Desde esta perspectiva, los resultados de los cuidados de enfermería reflejan el valor de la persona, de forma que expresan la riqueza del «valor añadido» de la experiencia de los cuidados (Boykin, Schoenhofer, Smith, et al., 2003, pág. 225). Las características de la persona son esenciales en la teoría, como la unidad, la plenitud, la conciencia y la intención. En la enfermería como cuidado, los resultados se articulan en términos que son subjetivos y descriptivos, más que objetivos y predictivos (Boykin y Schoenhofer, 1997).

Principales premisas

Las creencias fundamentales sobre lo que significa ser humano dirigen la teoría de la enfermería como cuidado. Boykin y Schoenhofer (2001a) presentan seis premisas principales que reflejan un conjunto de valores que proporcionan la base de un entendimiento y la explicación del significado de la enfermería.

Persona

Uno: las personas son fruto del cuidado en virtud de su humanidad

La creencia de que las personas son fruto del cuidado en virtud de su humanidad establece las bases ontológicas y éticas en las que se basa la teoría. Ser una persona significa vivir, cuidar, a través de lo cual el ser y las posibilidades son capaces de ser conocidos en su plenitud. Cada persona, a lo largo de su vida, crece en la capacidad de demostrar cuidado. La aceptación de que todas las personas son cuidado no necesita que cada acto de una persona sea cuidado, pero sí la aceptación de que «cada persona es cuidado fundamentalmente, potencialmente y realmente» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 2). Mediante la entrada, la experiencia y el aprecio de la vida-mundo de la otra persona, la naturaleza del ser humano se entiende de forma más completa. Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, el entendimiento de la persona como cuidado «se centra en valorar y celebrar la plenitud humana, la persona humana como vivencia y crecimiento de cuidados, y compromiso personal activo con los otros» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 5).

Dos: las personas son un todo y completas en el momento

El respeto por la persona se comunica por la noción de la persona como un todo o completa en el momento. Estar completo en el momento significa que no existe insuficiencia, ruptura ni ausencia de algo. La plenitud, o la totalidad del ser, está presente para siempre. La percepción de la persona como cuidado y completa es intencional, al ofrecer una lente unificadora para estar con el otro evita la segmentación en partes como mente, cuerpo y espíritu. A través de esta lente, la persona es en todo momento completa. La idea de la plenitud no impide la idea de la complejidad del ser. Por el contrario, desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, considerar a la persona menos que un todo hace fracasar el verdadero encuentro con la persona.

Tres: las personas viven el cuidado, momento

a momento

El cuidado es un proceso de la vida que se vive momento a momento y se revela constantemente. En el ritmo de las experiencias de la vida, desarrollamos continuamente expresiones de nosotros mismos como personas de cuidado. La actualización del potencial de expresar cuidado varía en cada momento. Como la competencia de cuidado se desarrolla a lo largo de la vida, llegamos a entender lo que significa ser una persona de cuidado, vivir cuidado y atenderse mutuamente como cuidado. Esta conciencia de uno mismo como persona de cuidado desarrolla en la conciencia el valor del cuidado y se convierte en un imperativo moral, dirigiendo los «debería» de acciones con esta pregunta continua: «¿Cómo debería yo actuar como una persona de cuidado?» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 4).

Salud

Cuatro: la personalidad es vivir la vida basada en el cuidado

La personalidad es un proceso de vivir el cuidado y crecer en el cuidado: es ser auténtico, demostrar congruencia entre las creencias y los comportamientos, y vivir el significado de nuestras vidas. La personalidad reconoce el potencial para mostrar posibilidades de cuidados momento a momento. Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, la personalidad es la llamada humana universal. Esto implica que la plenitud del ser humano se expresa viviendo los cuidados excepcionalmente día a día y que se potencia con la participación en las relaciones de cuidados (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

Entorno

Cinco: la personalidad se potencia a través de la participación en las relaciones de atención cuidando a los otros

Como proceso, la personalidad reconoce el potencial de las personas de vivir los cuidados y se potencia con la participación en

las relaciones de atención cuidando a otros. La naturaleza de las relaciones se transforma con el cuidado. Cuidado es vivir en el contexto de las responsabilidades relacionales y las posibilidades, y reconocer la importancia de conocerse persona a persona. «A través del conocerme a mí mismo como persona de cuidado, soy capaz de ser auténtico conmigo mismo, liberándome para estar de verdad con los otros» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 4).

Enfermería

Seis: la enfermería es tanto una disciplina como una profesión

Los cuidados son una unidad «exquisitamente entrelazada» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 6) de aspectos de la disciplina y la profesión enfermeras. Como disciplina, la enfermería es una forma de conocer, ser, valorar y vivir en el mundo, y se considera una unidad de conocimiento dentro de una unidad mayor. La disciplina enfermera atiende al descubrimiento, creación, desarrollo y refinamiento del conocimiento necesario para la práctica de los cuidados. La profesión de la enfermería atiende a la aplicación de este conocimiento en respuesta a las necesidades humanas.

La enfermería como cuidado se centra en el conocimiento necesario para un entendimiento completo de lo que significa ser humano y los diferentes métodos necesarios para verificar este conocimiento. Como ciencia humana, saber enfermería significa conocer las esferas personal, empírica, ética y estética al unísono (Carper, 1978; Phenix, 1964). Estos patrones de conocimiento proporcionan el contexto organizado para formular preguntas epistemológicas del cuidado dentro de la enfermería.

Fundamentos teóricos

El amplio contexto filosófico de la teoría garantiza su congruencia de una variedad de situaciones de enfermería. Como teoría general, la enfermería como cuidado es adecuada para varios papeles de enfermería, como práctica individual, práctica de grupo o institucional y diferentes contextos prácticos, como el cuidado de agudos, cuidado a largo plazo, administración de cuidados y

educación en cuidados.

Los supuestos fundamentales de la enfermería como cuidado dirigen las aserciones y conceptos de la teoría. Estos son los siguientes: 1) ser humano es ser cuidado, y 2) el propósito de la disciplina y la profesión es llegar a conocer personas y atenderlas como personas que viven cuidados y crecen en cuidados. Estas premisas originan el concepto del respeto por las personas como individuos de cuidado y respeto por lo que les importa. La noción del respeto es la base, caracteriza las relaciones y es el punto de partida para todas las actividades de cuidado de enfermería.

Dance of Caring Persons

Dance of Caring Persons es una representación visual de la afirmación teórica de que el cuidado vivido entre la enfermera y la persona cuidada expresa relaciones subyacentes (fig. 19.1). El espíritu igualitario del respeto cuidadoso caracteriza a cada participante en esta *Dance of Caring Persons,* en la que las contribuciones de cada bailarín, incluido el que es cuidado, se ven honradas. *Dance of Caring Persons* es también un modelo para orientar a toda la organización en la cual cada persona que forma parte del sistema sanitario vive el cuidado como algo con sentido y tiene un lugar con valor en el sistema: todos son cuidadores (Boykin, Schoenhofer y Valentine, 2014).

FIGURA 19.1 Dance of Caring Persons. (Tomado de Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. [2001a]. *Nursing as caring: A model for transforming practice* [p. 37]. [Reedición del volumen original de 1993, con adición de un epílogo]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; ilustración creada por Shawn Pennell, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL.)

Los bailarines entran en una situación de enfermería, visualizada como un círculo de cuidado que proporciona un objetivo de organización y funcionamiento integrado (Boykin, Schoenhofer, Smith, et al., 2003). Los bailarines se mueven con libertad; algunos bailarines tocan, otros bailan solos, pero todos bailan en relación con los demás y en el círculo. Cada bailarín aporta regalos especiales a medida que la situación de enfermería evoluciona. Algunos bailarines pueden oír notas diferentes y un ritmo diferente, pero todos se armonizan en la unidad de la danza y la homogeneidad del círculo. El conocimiento personal de cada uno y de los otros se integra en la conexión de las personas durante la danza, en la que la naturaleza de relacionarse en el círculo se basa en valorar y respetar a la persona (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Todo en la situación de enfermería, incluidos la enfermera y el que es cuidado, mantiene la danza, potenciándose su energía y resonando con la música del cuidado.

Resultados de los cuidados de enfermería

Los resultados de los cuidados de enfermería se conceptualizan desde valores experimentados en la relación de cuidados y no se reconocen en la documentación normativa. Boykin y Schoenhofer (1997) señalan que es responsabilidad de la enfermera veterana y valiente «ir más allá de lo que está reconocido actualmente, para delimitar y comunicar el valor expresado por las personas que participan en las situaciones de enfermería» (pág. 63).

Planteamiento lógico

La teoría se presenta de forma lógica, basada en las premisas generales relacionadas con las personas como cuidado y en la enfermería como disciplina de conocimiento y profesión. Esta es una teoría general de enfermería ampliamente argumentada, reproducida en el lenguaje de cada día. El trabajo de Mayeroff (1971), *On Caring*, y las «6 C» de Roach (1987) aportaron el lenguaje que ilumina el significado práctico de los cuidados en las situaciones de enfermería.

Los conceptos clave de *cuidado, enfermería, intención, situación de enfermería, invitación directa, llamada de enfermería como cuidado, cuidados recíprocos* y *respuesta de enfermería* se describen como supuestos generales, y los significados interrelacionados se ilustran en el modelo de *Dance of Caring Persons.* La invitación directa, presentada en la edición de 2001 de *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice,* es el producto de una situación de enfermería y, además, aclara el papel de la enfermera para iniciar y mantener las respuestas de enfermería. La historia como método de conocimiento se centra en situaciones de enfermería como lugar para el conocimiento de esta como una extensión fluida y lógica del contexto.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La enfermería es una forma de vivir los cuidados en el mundo y se reproduce en patrones personales de cuidado. Las bases para la práctica de la teoría de la enfermería como cuidado se demuestran cuando una enfermera llega a reconocerse a sí misma como persona de cuidado «en dimensiones más profundas y amplias» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 23). Practicar la enfermería en este contexto requiere la aceptación de que conocerse a sí mismo como cuidado es importante, y es esencial para conocer a los otros como cuidado. Esto es especialmente importante en los contextos prácticos que despersonalizan y apoyan la noción de la enfermera como instrumento y como medio para un fin. En lugar de en la práctica de la enfermería centrada en las actividades, el enfoque de la práctica se dirige a la intención de conocer y atender a la persona a la que se proporciona el cuidado. Con frecuencia, el reconocimiento del yo como persona de cuidados no tiene lugar hasta que se articula y se comparte la historia del cuidado que sucede en la situación de enfermería. Al reflexionar sobre los cuidados, las enfermeras describen momentos de sorpresa o satisfacción, señales de reconocimiento de sí mismas como seres de cuidado, y redescubrimiento de la libertad en las posibilidades de cuidado dentro de la situación de enfermería: «Libertad para existir, libertad para elegir y libertad para revelar» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 23). Al celebrar los valores de los cuidados de forma explícita se reafirma la sustancia de la enfermería y se refresca la intención de cuidados de la enfermera. Al compartir la historia, aparecen nuevas posibilidades para vivir la enfermería como cuidado.

Administración de los servicios de enfermería

Al vivir la enfermería como cuidado, el administrador de enfermería toma decisiones teniendo en cuenta que las actividades llevan inherente una preocupación por dar forma a una cultura de transformación que da cuerpo a los valores fundamentales expresados en la enfermería como cuidado. Todas las actividades del administrador de enfermería deben estar conectadas al trabajo directo de enfermería y estar «finalmente dirigidas a la o las personas que reciben el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 33). Estas actividades incluyen la creación, el mantenimiento y

el apoyo de un entorno abierto a llamadas de enfermería y que proporciona respuestas de atención.

Boykin y Schoenhofer (2001a) señalan que, en contra de la percepción de los administradores de enfermería de privarse del cuidado directo de la persona cuidada, son capaces de entrar directa o indirectamente en el mundo de la persona cuidada, responder de forma única y asistir a la enfermera con recursos de seguridad para atender a las personas mientras viven y crecen en cuidado. El administrador de enfermería también es capaz de penetrar en el mundo del cuidado indirectamente, a través de las historias de los colegas que desempeñan otros papeles. Otras actividades del administrador de enfermería dentro del entorno interdisciplinario de la organización son el entendimiento facilitador y la claridad del objetivo de enfermería, e informar a otros miembros del equipo de salud interdisciplinario de las contribuciones únicas de las enfermeras. Al compartir en profundidad la enfermería con los otros a través de las situaciones de enfermería, se expresan los significados y se permite una reciprocidad fluida entre los colegas.

El trabajo del administrador de enfermería debe reflejar también la originalidad de la disciplina, de forma que es la enfermería lo que se refleja, aportando respeto por las personas al cuidarlas y demostrando a través de su misión reconocimientos, objetivos, estándares de práctica, políticas y procesos (Boykin y Schoenhofer, 2001a). La siguiente historia la narró Nancy Hilton, MSN, RN, Chief Nursing Officer en un hospital de Florida. Esta administradora de Enfermería, que practica desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, refleja la complejidad y el cuidado intencional expresados al vivir cuidados de forma excepcional y valiente:

«Volvemos a centrar a propósito nuestra cultura desde una organización burocrática tradicional a una centrada en la persona, de valores basados en los cuidados. En 2007, nuestros Nursing Councils en el St. Lucie Medical Center seleccionaron la teoría de la enfermería como cuidado como modelo teórico para guiar nuestra práctica. Como administradora de Enfermería, consideré

cómo podría basar intencionadamente nuestro entorno hospitalario y la práctica de las enfermeras dentro de sus paredes en una perspectiva de cuidado. Me comprometí de forma deliberada a profundizar en nuestros conocimientos y conciencia asignando tiempo para que todos participáramos en diálogos centrados en conocernos a nosotros mismos como personas de cuidado.

»Puedo vivir el cuidado excepcionalmente como enfermera jefe atendiendo a las enfermeras que proporcionan cuidados directos al paciente. Al transformar nuestra práctica enfermera, juntos vivimos y crecemos con los cuidados. Lo que hago mejor es utilizar el arte de la narración para trasladar las llamadas de cuidado al lenguaje de la sala de juntas. Mediante el uso de situaciones de enfermería estratégicas, pongo directamente en contacto a los administradores con la persona cuidada. Si bien estos cuidadores indirectos añoran la conexión con el paciente, exige coraje por mi parte convencer a los administradores de por qué es crítico transformar un sistema sanitario entero basándose intencionadamente en una perspectiva de cuidado. He estado dispuesta a conceptualizar y representar gráficamente el curso, además de reunirme con líderes en la creación de un entorno para incorporar los valores reales del cuidado.»

En 2014, Hilton revisó los progresos obtenidos en los 6 años de creación de la cultura y transformación de la práctica de la organización en una basada en el cuidado. Ella afirmó de forma empática la importancia de la teoría de la enfermería como cuidado y de la capacidad de innovar en el seno del modelo de *Dance of Caring Persons.*

Al practicar a través del objetivo de la enfermería como cuidado, el administrador de enfermería ayuda a crear una comunidad que reconoce, apoya y cuida a las personas a medida que viven y crecen en cuidados. La asignación de tiempo para dialogar permite que aparezcan significados compartidos y demuestra el compromiso del administrador de enfermería para potenciar el crecimiento de la enfermera en su disciplina (Boykin y Schoenhofer, 2001b). El

administrador de enfermería interactúa con personas de muchas otras disciplinas, también con la persona cuidada, y expresa honestidad y autenticidad al animar a los otros a vivir de la forma que lo hacen: la naturaleza de la relación con personas cuyos papeles van de la sala de juntas a la cabecera del enfermo se basa en el respeto y el valor de cada persona.

La teoría de la enfermería como cuidado está adquiriendo aceptación entre las grandes organizaciones de enfermería. En 2012, el Duke University Health System adoptó la enfermería como cuidado como marco organizador para la práctica del departamento del Servicio de Enfermería. Boykin y Schoenhofer actúan como consultoras del Duke University Health System en la planificación, puesta en marcha, evaluación e investigación relacionada con esta tarea. Boykin trabaja también con el Professional Practice Council de la Veteran's Administration de Carolina del Norte para articular el cuidado en su modelo práctico.

La obra de Boykin, Schoenhofer y Valentine (2014) es una respuesta a este aumento de interés, que permite avanzar a las organizaciones que desean transformar su cultura como tales en otra basada en el modelo de cuidado basado en valores.

Formación

Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, el modelo para el diseño organizativo de la formación en enfermería es análogo a *Dance of Caring Persons.* Profesores, estudiantes y administradores bailan juntos en el estudio de enfermería. Cada uno de ellos es reconocido, valorado y celebrado por los dones que ofrece. El rol de cada persona influye en el compromiso con la formación de enfermería en la que se desempeña.

Los principios en los que se basa la enfermería como cuidado mantienen en la práctica la educación en enfermería y la administración de la educación en enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001a, 2001b). Como expresiones de la disciplina, la estructura y las prácticas del programa de educación, incluido el currículo, reflejan los valores y supuestos inherentes al estado del centro y a los dominios de la disciplina, es decir, atender a las personas que viven el cuidado y crecen en el mismo. A través de la

enfermería como cuidado, se deberían reflejar los principios básicos de la teoría que honran y celebran la excepcionalidad de las personas como cuidado. El cuidado, como uno de los componentes importantes del conocimiento de la enfermería, debería estudiarse e infundirse a lo largo de la carrera (Schoenhofer, 2001). A través del relato –es decir, del estudio de situaciones de enfermería–, se accede al conocimiento de la disciplina y de la profesión y se conceptualizan respuestas de enfermería basadas en el cuidado. Todas las actividades del programa de estudio deberían estar dirigidas al desarrollo, organización y comunicación del conocimiento de enfermería, el atender a las personas que viven el cuidado y crecen en el mismo. Utilizando la teoría de la enfermería como cuidado, Eggenberger, Keller y Locsin (2010) estudiaron el modo en que los estudiantes llegan a conocer a las personas a través del cuidado y en que expresan dicho cuidado por medio de un simulador humano de alta fidelidad en las situaciones de enfermería que surgen. Se trata de un ejemplo de lugares en que los cuidados y la tecnología confluyen en una síntesis de creatividad en la formación de enfermería contemporánea sustentada en el cuidado.

El cuidado se ha localizado como un eslabón entre la espiritualidad y la educación superior, y como ética para la relación (Boykin y Parker, 1997). Por tanto, es el contexto para conocer y la base moral para relacionarse. El autodescubrimiento a través de una búsqueda continua de la verdad prepara a los aprendices para «recibir un mayor entendimiento de su realidad además de la realidad de otros; a desarrollar el sentido de la identificación, conexión y compasión por los otros, y a un mejor entendimiento de la verdad» (Boykin y Parker, 1997, pág. 32). El reto en educación superior es crear un ambiente que pueda mantener y nutrir la vivencia de los cuidados y la espiritualidad (Boykin y Parker, 1997).

El papel del decano en un programa de enfermería basado en los cuidados está «intrínsecamente unido» (Boykin, 1994a, pág. 17) a un entendimiento de la enfermería como disciplina y profesión, y se centra en las acciones de desarrollar y mantener un entorno de cuidados en los que el conocimiento de la disciplina puede descubrirse. Como administrador, el decano «proporciona ideas, garantiza recursos, comunica la naturaleza de la disciplina, modela

la vida y el crecimiento en cuidados, cocrea una cultura en la que el estudio de la enfermería puede alcanzarse libre y plenamente, basa todos los actos en el compromiso con los cuidados como forma de ser y trata a los otros con el mismo cuidado, preocupación y entendimiento que aquellos a los que se les confían nuestros cuidados de enfermería» (Boykin, 1994a, págs. 17-18). Tan amplio margen de responsabilidad descansa en la obligación moral inherente al papel del decano de garantizar que todas las acciones se originan en los cuidados y que el entorno que se crea apadrina el desarrollo de la capacidad para cuidar (Boykin, 1990).

Investigación

Boykin y Schoenhofer (2001a) afirman que, debido a que la naturaleza de los cuidados ejemplificados en la teoría de la enfermería como cuidado es de relación recíproca, en la que las personas están unidas en una unidad de cuidados, la ciencia de la enfermería debe ser medida desde esta perspectiva. Como ciencia humana, la enfermería atrae métodos de investigación que garanticen el círculo de diálogo en una situación de enfermería, y abarca completamente lo que puede ser conocido en enfermería. La ontología de la enfermería, centrada en la persona como cuidado en la comunidad compartida con otros y con el universo, necesita por tanto una epistemología en consonancia con los valores de la ciencia humana y los métodos, con «métodos y técnicas que celebren la libertad, creatividad e interconexión» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 53).

Boykin y Schoenhofer (2001a) han propuesto que un estudio sistemático de la enfermería debería incluir una metodología creativa que reconozca el entorno del estudio en la situación de enfermería. Ellas postulan que una metodología totalmente adecuada para penetrar en el conocimiento de enfermería en la situación de enfermería podría incluir un proceso «fenomenológico-hermenéutico dentro de una orientación de los actos de investigación» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 62). Dicho método permitiría el estudio del significado de la enfermería al ser cocreado dentro de una experiencia vivida de la situación de enfermería. La idea de la práctica y de la teoría del acto

comunicativo continúa siendo explorada como desarrollo posible para una metodología emergente de investigación (Schoenhofer, 2002b).

Estudios de investigación

Actualmente, se lleva a cabo la investigación guiada por la teoría de la enfermería como cuidado. La practicidad de la enfermería como cuidado se ha probado y aplicado en diversos contextos prácticos de cuidados. El personal ejecutivo, los directores de enfermería y los administradores de enfermería demandan modelos prácticos que muestren la esencia de los cuidados en enfermería, y esas demandas siguen aumentando.

En estudios de investigación separados de unidades de dos hospitales regionales principales, el JFK Medical Center y el Boca Raton Community Hospital, se señalaron valores y resultados de cuidados, y se rearticularon para reflejar la integración de la teoría de la enfermería como cuidado. La valentía de los administradores que colaboraron en la investigación de cuidados reflejó el reconocimiento en aumento de que los cuidados de las personas como personas son el valor a los que dichas personas responden. Los resultados documentados se encontraban dentro de los valores institucionales fijados de cuidados a los que las enfermeras contribuyeron con su práctica. Estos estudios se describen brevemente en los siguientes párrafos.

Un estudio de 2 años titulado «Demonstration of a Caring-Based Model for Health Care Delivery With the Theory of Nursing as Caring» se completó en el JFK Medical Center, Atlantis, Florida y fue subvencionado por la Quantum Foundation (Boykin et al., 2005). Para este estudio se llevó a cabo en la unidad de telemetría un modelo práctico basado en la teoría de la enfermería como cuidado. Personas de grupos de referencia fueron invitadas a contar su historia ilustrando los cuidados que ellos habían vivido en una situación de enfermería de una unidad piloto. El modelo evolucionó desde valores compartidos de la enfermería como cuidado e incluía aquellos expresados por pacientes, familias de pacientes, enfermeras, otros miembros y personal de la unidad piloto, y miembros del equipo administrativo. Varios temas no fueron cubiertos en un análisis narrativo y en la síntesis, y sirvieron

como componentes explícitos para el modelo. Temas fundamentales en el modelo de práctica de enfermería se basaron en la teoría de la enfermería como cuidado y se crearon estrategias y estructuras operacionales para reflejar estos asuntos. El apoyo a la base del modelo basado en los cuidados que se alcanza desde la invitación directa (Boykin y Schoenhofer, 2001a, 2001b) llevó a una perspectiva nueva y renovada de «responder a lo que importa» (Boykin et al., 2003, pág. 229), que las enfermeras ahora reconocen como esencial para el cuidado en la situación de enfermería.

Este proyecto demostró cómo la transformación de los cuidados tiene lugar cuando la práctica de enfermería se centra intencionadamente en conocer a una persona durante los cuidados, y en atender y apoyar a las personas cuidadas mientras viven esos cuidados. Dentro de este modelo de práctica, los que son cuidados son capaces de articular la experiencia de ser cuidados, la satisfacción del paciente y la enfermera aumenta extraordinariamente, la retención se incrementa y el entorno de los cuidados se basa en los valores y el respeto por la persona (Boykin et al., 2003). Un resultado del uso del modelo fue que las enfermeras buscaban oportunidades para trabajar en un lugar satisfactorio cuidando a los otros. Cuando las enfermeras se trasladaron de una unidad de demostración a otras plantas, se llevaron un nuevo enfoque de la enfermería.

Se comenzó un proyecto similar en 2003 (Boykin et al., 2004; Boykin et al., 2005) en el departamento de Urgencias de Boca Raton Community Hospital. La primera fase de un modelo de cuidados basado en la teoría de la enfermería como cuidado se tituló «Emergency Department: Transformation from Object Centered Care to Person Centered Care Through Caring». Al crear el modelo, el personal se dio cuenta de que era necesario cambiar los conceptos de la práctica de enfermería. Inicialmente, todo el personal de los servicios de urgencias, incluidos médicos, enfermeras y personal de los servicios de apoyo, fueron reclutados emulando la organización de *Dance of Caring Persons.* La evaluación empezó pronto debido al éxito del modelo en un lugar tan ocupado como el departamento de Urgencias. Aunque la integración de la teoría de la enfermería como cuidado en el JFK Medical Center y en el Boca Raton Community Hospital se realizó en unidades individuales, el uso de

la teoría demostró la flexibilidad y la amplia aplicación y se ha integrado en los sistemas del St. Lucie Medical Center en Port St. Lucie, Florida. Esta integración continuada se ha descrito en el apartado «Administración de los servicios de enfermería», anteriormente, y se explica de forma más exhaustiva en Boykin, Schoenhofer y Valentine (2014).

En 2007, el personal de enfermería y administrativo del St. Lucie Medical Center adoptó la teoría de la enfermería del cuidado en todo el centro médico. El primer paso del proceso empezó realizando un estudio para determinar la mejor forma de adaptar e integrar excepcionalmente la teoría de la enfermería como cuidado. El cuidado modelado en la teoría se extendió a todo el personal del hospital, desde ejecutivos de la organización a enfermeras, médicos, directores, técnicos, terapeutas y personal de mantenimiento. Vivir los cuidados de forma auténtica y cuidar la plenitud de los otros con los rigores y la normalidad del trabajo diario se estudió y se ejemplificó en todos los departamentos y se infundió en toda la organización (Pross et al., 2010, 2011).

En 2009, se diseñó un estudio en el St. Mary's Medical Center, en el condado de Palm Beach, que se centró en desarrollar una unidad de formación basada en la teoría de la enfermería como cuidado (Dyess, Boykin y Rigg, 2010). Entre los participantes figuraban administradores, personal, estudiantes y profesores de atención sanitaria. Antes de acometer este proyecto, la organización de atención sanitaria no contaba con ninguna teoría de enfermería en concreto para orientar su práctica, y los resultados del proyecto demostraron ser fructíferos. Incluyeron una creciente apreciación del conocimiento del otro a través del cuidado, el desarrollo de profesionales de enfermería dedicados y clínicamente experimentados que apoyaban el avance de la enfermería como cuidado basado en la teoría, un equipo administrativo dispuesto a tutelar al personal y formadores especializados que definieron modelos sobre la práctica real basada en la teoría para los nuevos profesionales de enfermería.

El cuidado desde el corazón (Touhy, 2001, 2004; Touhy y Boykin, 2008; Touhy, Strews y Brown, 2005) es un modelo de práctica basado en la teoría de la enfermería como cuidado en una unidad de un centro de cuidados crónicos. El modelo de práctica se

diseñó por colaboración entre el personal del proyecto y todos los interesados. Todas las personas de la unidad participaron en el proceso para crear un abordaje innovador que se fusionara con el diseño existente en el centro. Los principales temas giran en torno a responder a lo que importa, el cuidado como una forma de expresar el compromiso espiritual, la devoción inspirada por el amor a los demás, el compromiso de crear un entorno como un hogar y llegar a conocer y respetar a las personas como personas.

En un estudio titulado «The Value Experienced in Relationships Involving Nurse Practitioner-Nursed Dyads», Thomas et al. (2004) pretendían describir la experiencia compartida del cuidado entre los profesionales de enfermería y las personas a las que atienden, y poner de relieve los cuidados experimentados en la relación. El enfoque utilizado se basaba en la praxis, en la cual el diálogo mantenido entre el profesional de enfermería, la persona atendida y el investigador perfiló un retrato de las relaciones de cuidados entre dicho profesional y dicha persona.

Los principales modelos de enfermería para hospitales de agudos y crónicos reflejan temas básicos de enfermería como el cuidado, pero estos temas son exclusivos del entorno y de las personas involucradas en cada ámbito. Las diferencias y semejanzas demuestran el poder de la enfermería como cuidado de transformar la práctica de una manera que refleja unidad sin la conformidad y la singularidad dentro de la unidad (Touhy, 2004; Touhy y Boykin, 2008).

Evolución

Teoría

Como teoría general de la enfermería, la enfermería como cuidado sirve como contexto amplio y conceptual que dirige el desarrollo de la teoría intermedia. Basándose en la enfermería como cuidado como un marco teórico subyacente, Locsin (1995) creó un modelo de tecnologías de maquinaria y cuidados en enfermería. La competencia de la tecnología de la maquinaria y los cuidados se representan como práctica de enfermería basada en los cuidados, sin la cual la enfermería se convierte en la práctica funcional de la

capacidad de la máquina. Locsin (1998) desarrolló este entendimiento crítico de la teoría de la «competencia tecnológica como cuidados en enfermería de cuidados intensivos». En esta teoría intermedia, la intención de cuidar y atender al otro en cuidado se actualiza a través del conocimiento directo de la competencia tecnológica y los datos desarrollados tecnológicamente. La teoría se está poniendo a prueba en centros de atención, con desarrollos y mejoras continuados (Kongsuwan y Locsin, 2011; Locsin, 2016; Locsin y Purnell, 2015; Parcells y Locsin, 2011).

Purnell (2006) creó un modelo de formación en enfermería basado en el cuidado, con tres aspectos principales que lo caracterizaban: la teoría de la enfermería como cuidado, la metáfora de *Dance of Caring Persons* (v. fig. 19.1) como un elemento organizativo y la intencionalidad en la enfermería con su aspecto transformador del conocimiento estético. La intención del cuidado que orienta la creación del curso y el entorno se entiende como una energía vital que fluye a través y se interconecta de forma crítica con todos los aspectos del curso. El modelo está dirigido por profesionales de enfermería a entornos tradicionales y *online*, y la intención del cuidado lo impregna todo. Desde esta perspectiva, la intención de la enfermería como cuidado en todas sus dimensiones es esencial en el modelado de la enseñanza y el aprendizaje. Touhy y Boykin (2008) han propuesto el cuidado como el dominio central de la formación en enfermería.

Investigación

La investigación y el desarrollo se centran en ampliar el lenguaje de cuidado descubriendo las formas de vivir los cuidados todos los días (Schoenhofer, Bingham y Hutchins, 1998) y reconceptualizar los resultados de enfermería como «valor experimentado en las situaciones de enfermería» (Boykin y Schoenhofer, 1997; Schoenhofer y Boykin, 1998a, 1998b). Al entrevistar a estudiantes graduados, las facultades de enfermería y las agencias de servicios de salud utilizan aspectos de la teoría para basar la investigación, la docencia y la práctica (Dyess, Boykin y Bulfin, 2013). La línea de desarrollo incluye: 1) clarificación del concepto de persona; 2)

extensión del objetivo de potenciar la persona como resultado general de la enfermería; 3) ilustrar la comprensión del concepto de invitación directa; 4) innovaciones en la investigación de enfermería; 5) utilización de la teoría en el trabajo de teorías de nivel intermedio, y 6) utilización de la teoría en el análisis crítico de los cuidados. En respuesta a las llamadas para la transformación por parte de los sistemas de atención sanitaria a un marco organizador centrado en el cuidado, se ha dirigido una atención especial al desarrollo y la investigación de la puesta en marcha y los resultados de los cuidados. *Nursing as Caring* se ha traducido al japonés, lo que supone el comienzo de la aceptación general.

Crítica

Claridad

Boykin y Schoenhofer consiguen la claridad semántica al desarrollar la teoría de la enfermería como cuidado en el lenguaje cotidiano. Las bases fundamentales que dirigen la teoría están claramente reconocidas e interrelacionadas. Los significados se entienden de forma intuitiva y reflexiva. La aceptación de que todas las personas son cuidado es necesaria para entender la teoría, ya que Boykin y Schoenhofer afirman que el cuidado entre la enfermera y la persona cuidada es la fuente y la base de la enfermería. Se acepta que la enfermería es tanto una disciplina como una profesión que proporciona el marco conceptual para la creación de metodologías de investigación que, con fluidez, unen tanto la disciplina como la profesión dentro del marco de la investigación durante la práctica, o la práctica como investigación.

Sencillez

La sencillez de la teoría deriva del lenguaje cotidiano y de la naturaleza recíproca de la enfermería, cuya base fundamental es la persona como cuidado. Los principios de la teoría abarcan un amplio alcance del entendimiento humano y se apoyan totalmente en el trabajo de base conceptual basado en vivir el cuidado. Sin embargo, en torno a esto la teoría se vuelve más compleja, pues los

principios y significados conceptuales están densamente interconectados cuando la enfermera llega a identificarse como persona de cuidado en dimensiones incluso mayores (Boykin y Schoenhofer, 2001a). El significado de la enfermería como cuidado se expresa mejor en una situación de enfermería en la que el cuidado vivido aumenta el conocimiento de sí mismo y del otro.

Generalidad

Boykin et al. (2003) describen la teoría de la enfermería como cuidado como una gran teoría de enfermería o general que ofrece un marco filosófico amplio, con implicaciones concretas para transformar la práctica. Desde el punto de vista de la enfermería como cuidado, el centro del conocimiento y de la acción de enfermería es atender a las personas que viven los cuidados y crecen en cuidados. La teoría puede emplearse para guiar tanto la práctica individual como la práctica organizativa de instituciones. La teoría de la enfermería como cuidado dirige el desarrollo de teorías de nivel intermedio como la teoría de Locsin (1998) de la competencia tecnológica como cuidados, el modelo de cuidados de Dunphy y Winland-Brown (2001) para enfermería de práctica avanzada, el modelo de Purnell (2006) de educación en enfermería basada en los cuidados y el abordaje de Eggenberger y Keller (2008) para la simulación en los cuidados.

Accesibilidad

La teoría de la enfermería como cuidado se presta a metodologías de investigación con enfoques de una ciencia humana. Puesto que la localización del estudio sobre enfermería es la situación de enfermería en sí, el estudio sistemático de las llamadas de enfermería precisa un método que pueda abarcar el círculo dialógico del entendimiento de personas conectadas en el cuidado. Boykin y Schoenhofer (2001a) distinguen claramente entre estudio *sobre* enfermería y estudio *de* enfermería.

Importancia

Cuando se integra en la práctica de enfermería, la teoría de la

enfermería como cuidado se ilumina y nos demuestra los valores de los cuidados de enfermería. Estos incluyen el valor directo no mediado de los cuidados de enfermería en términos económicos, el valor de la enfermería como servicio humano y social, el valor de los cuidados de enfermería como práctica rica y satisfactoria para las enfermeras y el valor de la enfermería regenerativa para la disciplina. La importancia de la enfermería como cuidado se evidencia en la adopción de la teoría a niveles múltiples, desde la práctica individual hasta el departamento hospitalario o la administración de enfermería, y ahora a toda la institución y todo el sistema. Los valores de enfermería se traducen en valores de bienestar general, y los cuidados penetran en dominios del personal ajeno a la enfermería.

Resumen

La teoría de la enfermería como cuidado es una gran teoría de enfermería o general, que ofrece un marco filosófico amplio con implicaciones prácticas para la transformación de la práctica (Boykin et al., 2003). Desde el punto de vista de la enfermería como cuidado, su centro y objetivo como disciplina de conocimientos y servicio profesional es «atender a las personas que viven y crecen en el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, pág. 12). La teoría se basa en los principios fundamentales de que: 1) ser humano es ser cuidado, y 2) las actividades de la disciplina y de la profesión de enfermería coinciden al llegar a conocer a las personas como cuidado, y atenderlas como personas que viven y crecen en el cuidado.

La intención formada y la presencia auténtica guían a la enfermera a seleccionar y organizar el conocimiento empíricamente basado para su utilización práctica en cada situación de enfermería única y no repetible. Ya que el cuidado se crea expresamente en el momento en respuesta a una llamada única experimentada para los cuidados de enfermería, no puede haber un resultado prescrito. Sin embargo, el cuidado que experimentan las personas cuidadas y los otros en la situación de enfermería puede ser descrito y valorado (Boykin y Schoenhofer, 1997; Schoenhofer y Boykin, 1998a, 1998b), y en la teoría de la enfermería como cuidado, se convierte en un foco importante de estudio e investigación.

El cuidado en enfermería es «una expresión de amor altruista y activa, es intencional y abarca la identificación del valor y de la conexión» (Boykin y Schoenhofer, 2006, pág. 336). Aunque el cuidado no es solo para la enfermería, se vive expresamente en la enfermería. El entendimiento de la enfermería como disciplina y profesión solo se centra en el cuidado como su valor principal, su interés fundamental y la intención directa de su práctica.

Los modelos de práctica se han desarrollado en varias zonas de práctica institucional, y la enfermería para el cuidado se ha empleado como base conceptual para el desarrollo de teorías intermedias. Como la teoría de la enfermería como cuidado es más conocida, la referencia a esta en publicaciones sobre la disciplina y su consideración han aumentado constantemente. La teoría se ha utilizado como una base teórica para investigaciones de máster y doctorados (Drumm, 2006; Dunn, 2009; Eggenberger, 2011; Herrington, 2002; Linden, 1996, 2000; Sternberg, 2009).

Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, la situación de enfermería es la unidad de conocimiento para el estudio con el enfoque en las personas como proceso vital que se fundamenta en el cuidado (Boykin y Schoenhofer, 1991; Touhy, 2004). La relación mutua compartida entre la enfermera y la persona cuidada es de reciprocidad y de subjetividad. Ya que el conocimiento de enfermería se encuentra en la situación de enfermería, la experiencia vivida y compartida entre la enfermera y la persona cuidada mejora a la persona. Por tanto, el estudio de la historia en la situación de la enfermería es el método para conocer la enfermería.

Los patrones fundamentales de Carper (1978) de *conocimiento, personal, empírico, ético* y *estético* abren caminos útiles para la organización y el entendimiento del rico contenido de la situación de enfermería. El conocimiento personal se centra en el encuentro, la experiencia y el conocerse a sí mismo y al otro. La empatía, el conocimiento compartido de otro, es una expresión de conocimiento estético. El conocimiento empírico es factual y dirige la ciencia empírica de enfermería. El conocimiento ético se ocupa de las obligaciones morales inherentes a situaciones de enfermería y de lo que debería ser. El conocimiento estético es la apreciación subjetiva de los fenómenos como se viven en la situación de

enfermería. Las historias de enfermería representan, por consiguiente, tanto el proceso de apreciación creativa del conocimiento estético como la iluminación e integración como producto del conocimiento estético (Boykin y Schoenhofer, 1991). Los resultados de los cuidados son los valores experimentados dentro de la situación de enfermería. Para este estudio de una situación de enfermería, lea lentamente la siguiente historia y permítase estar con la enfermera y con las personas cuidadas, compartiendo los sentimientos de cada uno y pensando en sus reflexiones.

Caso clínico

Estudio de la situación enfermera

Yo todavía estaba en la carrera en un rotatorio con una enfermera de oncología experta y cariñosa. Me inspiraba confianza por su serena sabiduría y su amabilidad. Durante una práctica, nos detuvimos brevemente ante la puerta de un paciente, que estaba casi cerrada. Mi mentora me puso una jeringa en la mano, me explicó el contenido y me indicó que debía poner una inyección intravenosa a la paciente que estaba en la habitación, Diane. Abrió con cuidado la puerta y yo me deslicé dentro del cuarto. Inmediatamente mi vista se vio atraída hacia una persona que yacía inmóvil en la cama, envuelta cuidadosamente en sábanas blancas y mantas y rodeada de una nube de tubos y bombas, que colgaban sobre ella. Se trataba de una mujer joven, de unos 30 años, rubia, y cuyo pelo se desperdigaba en todas las direcciones. En las pálidas mejillas tenía un brillante círculo rosado del tamaño de un dólar de plata; tenía los ojos cerrados y, tumbada, recordaba a una muñeca pintada.

Se oía el silbido del oxígeno de fondo cuando localicé el puerto y le administré con cuidado la medicación. Mis ojos se llenaron de lágrimas; en la quietud del cuarto, fui consciente de que la paciente no iba a vivir mucho y sentí una enorme compasión por esta joven, cuya vida se estaba apagando.

Acerqué la mano a su cara y le acaricié con suavidad la mejilla con el dorso de la misma, igual que hago con frecuencia a mis propios hijos cuando duermen. De repente, y desde la esquina de

la habitación, una voz masculina me preguntó con agresividad: «¿Qué hace?».

Cuando me di la vuelta, encontré a un hombre sentado con los brazos encogidos e inclinándose hacia delante y atrás con un sentimiento de tristeza. Era el padre de Diane. Le respondí suavemente que estaba acariciando a su querida hija. Sus hombros empezaron a agitarse y rápidamente empezó a sollozar con profundos suspiros. Me arrodillé a sus pies y esperé, cogiéndole con firmeza y sabiendo que su necesidad era grande. «Mi mujer está encamada; ni siquiera puede caminar y venir a despedirse de nuestra hija. Diane es lo único que tenemos.» Después, y entre sollozos, me contó la historia de su pequeña familia y de cómo habían vivido y se habían querido en los malos y buenos momentos. Cuando se calmó, me levanté y lo acompañé hasta la cama, donde permanecimos juntos mirando a Diane. «¿Cuándo fue la última vez que abrazó a su hija?», le pregunté. Me miró sin palabras, pero sus ojos angustiados me lo decían todo. «Quizá ha llegado el momento de contarle la historia de su vida y lo mucho que usted y su esposa la han querido. Túmbese a su lado. Le oirá». Con suavidad fui retirando las vías y le ayudé a subirse a la cama. Se giró hacia Diane y la abrazó con sus frágiles brazos, mirándola fijamente a la cara y tratando de evocar recuerdos eternos. Parecía que el tiempo se hubiera detenido en esa cama sagrada.

Me di la vuelta y le dejé, mientras el oxígeno seguía sonando e informé a mi mentora. Ella asintió sin palabras y me abrazó. Recuerdo que pensé que el círculo de cuidado que se había creado en aquella habitación había comenzado gracias a la adorable enfermera que era mi mentora. Al día siguiente, la habitación estaba vacía y carente de vida. Diane había fallecido a primera hora de la noche.

Actividades de pensamiento crítico

Busque un espacio cómodo para hacer una pausa, recordar y reflexionar. Cierre los ojos y ahonde en los significados y el cuidado que se produjeron en la situación de enfermería; luego métase totalmente en el momento y en los significados que aparecen al considerar estas preguntas:

1. ¿Cómo expresa la estudiante de Enfermería su cuidado en su respuesta a las necesidades enfermeras de Diane? ¿Y de su padre? Describa las necesidades de cuidado que ha percibido la estudiante.
2. ¿Cómo expresa el padre su preocupación en esta situación enfermera?
3. Póngase en el lugar de la enfermera, y describa el mutualismo de vivir y desarrollarse en el ámbito del cuidado. ¿Qué diferencia supuso la enfermería como cuidado en esta situación?
4. Describa la función de refuerzo de la mentora. ¿Qué necesidades enfermeras percibió en la estudiante?
5. Escriba su propia historia de cuidados en un diario, y refleje sus intenciones en esta situación de enfermería. Revise esta historia de vez en cuando para ver cómo ha cambiado su percepción interna del cuidado.

Referencias para ampliar conocimientos

- Archivos sobre cuidados en enfermería, del Christine E. Lynn Center for Caring, de la Facultad de Enfermería de la Florida Atlantic University, en: http://nursing.fau.edu/outreach/archives-of-caring/.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice* [reimpresión del original de 1993, con la adición de un epílogo]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Schoenhofer, S. (2016). *Nursing theorists: Portraits of excellence, vol. III: Interview,* Athens, Ohio: Fitne, Inc.
- Touhy, T. y Boykin, A. (2008). Caring as the central domain in nursing education. *International Journal for Human Caring*, 12(2), 8–15.

Bibliografía

Algase DL, Whall AF. Rosemary Ellis' views on the substantive structure of nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1993;25(1):69–72.

Boykin A. Creating a caring environment: Moral obligations in the role of

dean. In: Leininger M, Watson J, eds. *The caring imperative in education*. New York: National League for Nursing; 1990: (pp. 247–254).

Boykin A. Creating a caring environment for nursing education. In: Boykin A, ed. *Living a caring-based program*. New York: National League for Nursing; 1994: (pp. 11–25).

Boykin A, ed. *Living a caring-based program*. New York: National League for Nursing; 1994.

Boykin A, ed. *Power, politics and public policy: A matter of caring*. New York: National League for Nursing; 1995.

Boykin A, Bulfin S, Baldwin J, Southern R. Transforming care in the emergency department. *Topics in Emergency Medicine*. 2004;26(4):331–336.

Boykin A, Bulfin S, Schoenhofer SO, Baldwin J, McCarthy D. Living caring in practice: The transformative power of the theory of nursing as caring. *International Journal for Human Caring*. 2005;9(3):15–19.

Boykin A, Parker ME. Illuminating spirituality in the classroom. In: Roach MS, ed. *Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality*. Mahwah, NJ: Paulist Press; 1997: (pp. 21–33).

Boykin A, Parker M, Schoenhofer S. Aesthetic knowing grounded in an explicit conception of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(4):158–161.

Boykin A, Schoenhofer S. *Nursing as caring: A model for transforming practice*. New York: National League for Nursing; 1993.

Boykin A, Schoenhofer SO. Caring in nursing: Analysis of extant theory. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(4):149–155.

Boykin A, Schoenhofer SO. Story as link between nursing practice, ontology, and epistemology. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1991;23(4):245–248.

Boykin A, Schoenhofer SO. Reframing nursing outcomes. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997;1(3):60–65.

Boykin A, Schoenhofer SO. Nursing as caring: An overview of a general theory of nursing. In: Parker ME, ed. *Nursing theories and nursing practice*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2006:334–348.

Boykin A, Schoenhofer SO. *Nursing as caring: A model for transforming practice [Re-release of original 1993 volume, with epilogue added]*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2001.

Boykin A, Schoenhofer SO. The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nursing Administration Quarterly*. 2001;25(3):1–7.

Boykin A, Schoenhofer SO, Smith N, Jean St J, Aleman D. Transforming practice using a caring-based nursing model. *Nursing Administration*

Quarterly. 2003;27:223–230.

Boykin A, Schoenhofer S, Valentine K, eds. *Health care system transformation for nursing and health care leaders: Implementing a culture of caring*. NY: Springer Publishing; 2014.

Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1978;1(1):113–124.

Drumm, J.T. (2006). *The student's experience of learning caring in a college of nursing grounded in a caring philosophy*. Florida Atlantic University. *ProQuest, UMI Dissertation Publishing.*(No. 3220671).

Dunn, D.J. (2009). *What keeps nurses in nursing: A Heideggerian hermeneutic phenomenological study*. Florida Atlantic University. *ProQuest, UMI Dissertation Publishing.* (No. 3388794).

Dunphy LH, Winland-Brown J. *Primary care: The art and science of advanced practice nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 2001.

Dyess SM, Boykin A, Bulfin MJ. Hearing the voice of nurses in caring theory-based practice. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26(2):167–173.

Dyess S, Boykin A, Rigg C. Integrating caring theory with nursing practice and education: Connecting with what matters. *Journal of Nursing Administration*. 2010;40(11):498–503.

Eggenberger T, Keller K. Grounding nursing simulation in caring: An innovative approach. *International Journal for Human Caring*. 2008;12(2):42–49.

Eggenberger T, Keller K, Locsin RC. Valuing caring behaviors within simulated emergent nursing situations. *International Journal for Human Caring*. 2010;14(2):23–29.

Eggeberger, T.L. (2011). *Holding the frontline: The experience of being a charge nurse in an acute care setting*. Florida Atlantic University. *ProQuest, UMI Dissertation Publishing.* (No. 3462565).

Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.

Gaut DA, Boykin A, eds. *Caring as healing: Renewal through hope*. New York: National League for Nursing; 1994.

Herrington, C.L. (2002). The meaning of caring: From the perspective of homeless women (Master's thesis, University of Nevada, Reno, 2002). *Masters Abstracts International*, *41*(01), 191.

King A, Brownell J. *The curriculum and the disciplines of knowledge*. Huntington, NY: Robert E. Krieger; 1976.

Kongsuwan W, Locsin RC. Thai nurses' experiences of caring for persons with life sustaining technologies: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2011;27(2):102–110.

Linden D. Philosophical exploration in search of the ontology of authentic presence (Master's thesis, Florida Atlantic University, West Palm Beach, FL). *Masters Abstracts International*. 1996;35(2):519.

Linden D. The lived experience of nursing as caring. In: Parker ME, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2000:403–407.

Locsin RC. Machine technologies and caring in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1995;27(3):201–203.

Locsin RC. Technologic competence as caring in critical care nursing. *Holistic Nursing Practice*. 1998;12(4):50–56.

Locsin RC. Technological competency as caring in nursing: Co-creating moments in nursing occurring within the Universal Technological Domain. *Journal of Theory Construction and Testing*. 2016;20(1):5–11.

Locsin RC, Purnell MJ. Advancing the theory of technological competency as caring in nursing: The universal technological domain. *International Journal for Human Caring*. 2015;19(2):50–54.

Mayeroff M. *On caring*. New York: HarperCollins; 1971.

Orem DE, ed. *Concept formalization in nursing. Process and product*. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1979.

Parcells D, Locsin RC. Development and psychometric testing of the Technological Competency as Caring in Nursing instrument. *International Journal for Human Caring*. 2011;15(4):8–13.

Paterson JG, Zderad LT. *Humanistic nursing*. New York: National League for Nursing; 1988.

Phenix P. *Realms of meaning*. New York: McGraw Hill; 1964.

Pross E, Boykin A, Hilton N, Gabuat J. A study of knowing nurses as caring. *Holistic Nursing Practice*. 2010;24(3):142–147.

Pross E, Hilton N, Boykin A, Thomas C. The "dance of caring persons". *Nursing Management*. 2011;42(10):25–30.

Purnell MJ. Development of a model of nursing education grounded in caring and application to online nursing education. *International Journal for Human Caring*. 2006;10(3):8–16.

Roach MS. *Caring, the human mode of being*. Ottawa, Ontario, Canada: CHA; 1987.

Roach MS. *Caring, the human mode of being*. 2nd revised ed. Ottawa, Ontario, Canada: CHA; 2002.

Schoenhofer SO. Infusing the nursing curriculum with literature on caring: An idea whose time has come. *International Journal for Human Caring*. 2001;5(2):7–14.

Schoenhofer SO. Choosing personhood: Intentionality and the theory of

nursing as caring. *Holistic Nursing Practice*. 2002;16(4):36–40.

Schoenhofer SO. Philosophical underpinnings of an emergent methodology for nursing as caring inquiry. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(4):275–280.

Schoenhofer SO, Bingham V, Hutchins G. Giving of oneself on another's behalf: The phenomenology of everyday caring. *International Journal for Human Caring*. 1998;2(2):23–29.

Schoenhofer SO, Boykin A. Discovering the value of nursing in high-technology environments: Outcomes revisited. *Holistic Nursing Practice*. 1998;12(4):31–39.

Schoenhofer SO, Boykin A. The value of caring experienced in nursing. *International Journal for Human Caring*. 1998;2(4):9–15.

Schoenhofer SO, Boykin A. Nursing as caring: An emerging general theory of nursing. In: Parker ME, ed. *Patterns of nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1993:83–92.

Sternberg, R.M. (2009). *Latinas experiencing transnational motherhood*. Florida Atlantic University. *ProQuest, UMI Dissertation Publishing*.(No. 3401817).

Thomas, J., Finch, L.P., Green, A., & Schoenhofer, S.O. (2004). The caring relationships created by nurse practitioners and the ones nursed: Implications for practice. *Topics in Advanced Nursing Practice, ejournal, 4*(4). www.medscape.com/nursingejournal.

Touhy T. Nurturing hope and spirituality in the nursing home. *Holistic Nursing Practice*. 2001;15(4):45–56.

Touhy TA. Dementia, personhood, and nursing: Learning from a nursing situation. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17(1):43–49.

Touhy T, Boykin A. Caring as the central domain in nursing education. *International Journal for Human Caring*. 2008;12(2):8–15.

Touhy T, Strews W, Brown C. Expressions of caring as lived in nursing home staff, residents, and families. *International Journal of Human Caring*. 2005;9(3):31–37.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Beckerman A, Boykin A, Folden S, Winland-Brown J. The experience of being a student in a caring-based program. In: Boykin A, ed. *Living a caring-based program*. New York: National League for Nursing; 1994:79–92.

Boykin A. Nursing as caring through the reflective lens. In: Johns C, Freshwater D, eds. *Transforming nursing through reflective practice*. Oxford, England: Blackwell Science; 1998:43–50.

Boykin A, Schoenhofer SO. Nursing as caring: An overview of a general theory of nursing. In: Parker ME, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2000.

Parker ME, Schoenhofer SO. Foundations for nursing education: Nursing as a discipline. In: Moyer BA, Whittman-Price R, eds. *Nursing education: Foundations for practice and excellence*. Philadelphia: F. A. Davis; 2007:4–11.

Schoenhofer SO. A framework for caring in a technologically dependent nursing practice environment. In: Locsin RC, ed. *Advancing technology, caring, and nursing*. Westport, CT: Auburn House; 2001:3–11.

Schoenhofer SO. Outcomes of nurse caring in high technology practice environments. In: Locsin RC, ed. *Advancing technology, caring, and nursing*. Westport, CT: Auburn House; 2001:79–87.

Schoenhofer SO, Boykin A. Nursing as caring: An emerging general theory of nursing. In: Parker ME, ed. *Patterns of nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1993:83–92.

Schoenhofer SO, Boykin A. Caring and the advanced practice nurse. In: Dunphy L, Winland-Brown J, eds. *Primary care: The art and science of advanced practice nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 2001.

Schoenhofer SO, Coffman S. Valuing, prizing and growing in a caring based program. In: Boykin A, ed. *Living a caring based program*. New York: National League for Nursing; 1993:127–165.

Touhy TA, Strews W, Brown C. Expressions of caring as lived by nursing home staff, residents, and families. *International Journal for Human Caring*. 2005;9(3):31–37.

Artículos de revistas

Abalos EE, Ribera RY, Locsin RC, Schoenhofer SO. Husserlian pheonomenology and Colaizzi's method of data analysis: Exemplar in qualitative nursing inquiry using Nursing as Caring theory. *International Journal for Human Caring*. 2016;20(1):19–23.

Boykin A, Dunphy L. Reflective essay: Justice-making: Nursing's call. *Florence Nightingale. Policy, Politics and Nursing Practice*. 2002;3(1):14–19.

Boykin A, Schoenhofer SO. Is there really time to care? *Nursing Forum*. 2000;35(4):36–38.

Boykin A, Winland-Brown J. The dark side of caring: Challenges of caregiving. *Journal of Gerontological Nursing*. 1995;21(5):13–18.

Eggenberger T, Keller K. Grounding nursing simulation in caring: An innovative approach. *International Journal for Human Caring*.

2008;12(2):42–49.

Finch LP, Thomas JD, Schoenhofer SO. Research as praxis: A mode of inquiry into caring in nursing. *International Journal for Human Caring*. 2006;10(1):28–31.

Schoenhofer SO. Love, beauty, and truth: Fundamental nursing values. *Journal of Nursing Education*. 1989;28(8):382–384.

Schoenhofer SO. Transforming visions for nursing in the timeworld of Einstein's dreams. *Advances in Nursing Science*. 1994;16(4):1–8.

Schoenhofer SO. Rethinking primary care: Connections to nursing. *Advances in Nursing Science*. 1995;17(4):12–21.

Schoenhofer SO, Dollar CB, Roberson S. Advanced practice nursing in disasters: Toward a model grounded in the theory of nursing as caring. *International Journal for Human Caring*. 2007;11(3):63.

Shearer JE. Critique of nursing as caring theory: Aesthetic knowing and caring in online nursing. *International Journal for Human Caring*. 2015;19(2):45–49.

Wolf ZR, King BM, France NEM. Antecedent context and structure of communication during a caring moment: Scoping review and analysis. *International Journal for Human Caring*. 2015;19(2):7–21.

Fuentes secundarias

Libros

Locsin RC, ed. *Advancing technology, caring, and nursing*. Westport, CT: Greenwood; 2001.

Locsin RC. *Technological competency as caring in nursing: A model for practice*. Indianapolis: Center Nursing Press, Sigma Theta Tau International; 2005.

Capítulos de libros

Locsin RC. Technology and caring in nursing. In: Boykin A, ed. *Power, politics, and public policy: A matter of caring*. New York: National League for Nursing; 1995:24–36.

Locsin R, Campling A. Techno sapiens and post humans: Nursing, caring, and technology. In: Locsin R, ed. *Technological competency as caring in nursing: A model for practice*. Indianapolis: Center Nursing Press, Sigma Theta Tau International; 2005:142–155.

Artículos de revistas

Barry CD. Creating a quilt: An aesthetic expression of caring for nursing students. *International Journal for Human Caring*. 2001;6(1):25–29.

Blum CA, Hickman C, Parcells DA, Locsin RC. Teaching caring to RN-BSN

students using simulation technology. *International Association for Human Caring*. 2010;14(2):41–50.

Bulfin S, Mitchell GJ. Nursing as caring theory: Living theory in practice. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18(4):313–319.

Carter MA. Book review: *Nursing as caring: A model for transforming practice*. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7:183–184.

Eggenberger T, Keller K. Grounding nursing simulation in caring: An innovative approach. *International Journal for Human Caring*. 2008;12(2):42–49.

Kiser-Larson N. The concepts of caring and story viewed from three nursing paradigms. *International Journal for Human Caring*. 2000;4(2):26–32.

Locsin RC. Aesthetic expressions of the lived world of people waiting to know: Ebola at Mbarara, Uganda. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(2):123–130.

Locsin RC, Purnell MJ. Rapture and suffering with technology in nursing. *International Journal for Human Caring*. 2007;11(1):38–43.

McCance TV, McKenna HP, Boore JRP. Caring: Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30:1388–1395.

Purnell MJ, Mead LJ. When nurses mourn: Layered suffering. *International Journal for Human Caring*. 2007;11(2):47–52.

Smith MC. Book review: *Nursing as caring: A model for transforming practice*. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7:184–185.

Smith MC. Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*. 1999;21(4):14–28.

Touhy TA. Touching the spirit of elders in nursing homes: Ordinary yet extraordinary care. *International Journal for Human Caring*. 2001;6(1):12–17.

Touhy TA, Strews W, Brown C. Expressions of caring as lived by nursing home staff, residents, and families. *International Journal for Human Caring*. 2005;9(3):31–37.

20

Teoría de las transiciones

Eun-Ok Im

«Creo firmemente que, aunque el conocimiento es universal, los agentes para desarrollarlo deben reflejar la naturaleza de las cuestiones enmarcadas y dirigidas por diferentes disciplinas sobre la salud y el bienestar de individuos o poblaciones.»

(Meleis, 2007, pág. ix)

Afaf Ibrahim Meleis
(1942-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Afaf Ibrahim Meleis nació en Alejandría (Egipto). En comunicaciones personales con Meleis (29 de diciembre de 2007), ha manifestado creer que la enfermería ha sido parte de su vida desde que nació. Su madre es considerada como la Florence Nightingale de Oriente Medio; fue la primera persona de Egipto en obtener un grado en Enfermería por la Syracuse University y la primera enfermera en obtener un máster en Salud Pública y un doctorado de una universidad egipcia. Meleis admiraba la dedicación y compromiso de su madre a la profesión y pensaba que

llevaba la enfermería en la sangre. Influida por su madre, Meleis acabo interesándose por la enfermería, y le encantaba el potencial de desarrollar la disciplina. No obstante, cuando eligió la enfermería, sus padres se opusieron a su elección porque sabían cuánto luchan las enfermeras por tener voz y el grado en que se involucran en la calidad asistencial. Sin embargo, al final aprobaron su decisión y creyeron que Afaf podría hacerlo.

Meleis completó su licenciatura de Enfermería en la University of Alexandria, en Egipto. Fue a EE. UU. para seguir su formación como Rockefeller Fellow para convertirse en enfermera docente (Meleis, comunicación personal, 29 de diciembre de 2007). En la University of California, Los Ángeles, completó un máster en Enfermería (1964), un máster en Sociología (1966) y un doctorado en Psicología Médica y Social (1968).

Después de obtener su grado doctoral, Meleis trabajó como administradora y profesora interina en la University of California, Los Ángeles, de 1966 a 1968, y como profesora adjunta desde 1968 hasta 1971. En 1971 se trasladó a la University of California, San Francisco (UCSF), donde pasó los 34 años siguientes y en la que desarrolló su teoría de las transiciones. En 2002, Meleis fue candidata y elegida como Margret Bond Simon Dean de la Escuela de Enfermería de la University of Pennsylvania. Tras servir durante 12 años como decana de la University of Pennsylvania, abandonó el cargo en 2014 y se jubiló de dicha universidad en junio de 2016. Mantiene su título profesional y sigue activa en el liderazgo y la actividad académica nacional e internacional. Sus publicaciones incluyen un artículo sobre la transición de abandonar el decanato (Meleis, 2016) y la transición hacia la jubilación como transición del ciclo vital (Meleis, 2015a).

Meleis, destacada socióloga enfermera, es una solicitada teórica, investigadora y ponente sobre temas de salud y desarrollo de las mujeres, asistencia sanitaria a inmigrantes, asistencia sanitaria internacional y conocimiento y desarrollo teórico. Es miembro del Consejo General del International Council on Women's Health Issues. Recibió la Medalla de Excelencia por sus logros profesionales y eruditos del presidente egipcio Hosni Mubarak en 1990. En 2000, recibió la medalla Chancellor de la University of Massachusetts (Amherst). En 2001 recibió el Premio Chancellor for

the Advancement of Women de la UCSF por su papel como activista mundial en temas de mujeres. En 2004 recibió el Premio Pennsylvania Commission for Women en la celebración del mes de la historia de la mujer y el Premio Special Recognition in Human Services del Arab American Family Support Center en Nueva York. En 2006, recibió el Premio Robert E. Davies de la Penn Professional Women's Network por su defensa de las mujeres. En 2007 recibió cuatro prestigiosos galardones: un doctorado *honoris causa* en Medicina de la Linkoping University, Suecia; el Premio Global Citizenship de la United Nations Association of Greater Philadelphia; el Premio Sage de la University of Minnesota, y el Premio Dr. Gloria Twine Chisum for Distinguished Faculty en la University of Pennsylvania por su liderazgo en la comunidad y su compromiso con la promoción de la diversidad. En 2008, recibió el Premio International Distinguished Leadership de la Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS) por su destacado trabajo en la comunidad global de la atención sanitaria. En 2009, Meleis fue distinguida con el Premio Take the Lead de las Girl Scouts of Southeastern Pennsylvania. En 2010, fue incluida en el School of Nursing Hall of Fame de la University of California, Los Ángeles, por su trabajo para el progreso y la transformación de la ciencia de la enfermería.

Meleis centra su investigación en salud global, salud de inmigrantes e internacional, salud de las mujeres y desarrollo teórico de la disciplina enfermera. Ha escrito más de 170 artículos en revistas de ciencias sociales, enfermeras y médicas; 45 capítulos y numerosas monografías, procedimientos y libros. Su galardonado libro, *Theoretical Nursing: Development and Progress* (1985, 1991, 1997, 2007, 2011), se utiliza en todo el mundo. Además, su libro titulado *Women's Health and the World's Cities* (Meleis, Birch y Wachter, 2011) apoya sus recientes esfuerzos sobre cuestiones sanitarias propias de las mujeres urbanas.

La teoría de las transiciones empezó a desarrollarse en los años sesenta, cuando Meleis trabajaba en su tesis, y puede seguirse en sus años de investigación con estudiantes y compañeros. En *Theoretical Nursing: Development and Progress* (Meleis, 2007) describe su viaje teórico desde la práctica y los intereses de investigación. En la investigación del máster y de su tesis, Meleis investigó

fenómenos de planificación de embarazos y el dominio de los roles de la crianza. Se centró en la comunicación e interacción de los cónyuges en la planificación efectiva o no del número de hijos en las familias (Meleis, 1975), y más tarde entendió que sus ideas eran incompletas al no considerar las transiciones.

Posteriormente, su investigación se centró en personas que no hacen transiciones saludables y el descubrimiento de intervenciones que las facilitarían. El interaccionismo simbólico tuvo un papel importante en los intentos por conceptualizar el mundo simbólico que modela interacciones y respuestas. Este cambio de pensamiento teórico la llevó a las teorías mencionadas en sus publicaciones de los años setenta y ochenta.

Los primeros trabajos de Meleis sobre transiciones definían transiciones no saludables o inefectivas en relación con la insuficiencia del rol. Definió *insuficiencia del rol* como cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta de rol percibida por uno mismo o por el cónyuge (Meleis, 2007). Esta conceptualización la llevó a definir el objetivo de las transiciones saludables como un dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos. Meleis creía que el desarrollo de conocimientos en enfermería debía orientarse a la terapéutica de enfermería y no a entender los fenómenos relacionados con respuestas a situaciones de salud y enfermedad. Por tanto, empezó a desarrollar la suplementación del rol como terapéutica de enfermería tal y como se ve en su investigación previa (Jones, Zhang y Meleis, 1978; Meleis y Swendsen, 1978).

La esencia de los trabajos de Meleis de los años setenta definía la suplementación del rol como un proceso deliberado por el que puede identificarse una insuficiencia o una potencial insuficiencia del rol por el rol propio y del cónyuge. Por tanto, la suplementación del rol incluye clarificar y adoptar roles, que pueden ser preventivos y terapéuticos.

Con estos cambios del pensamiento teórico de Meleis, la suplementación del rol como terapéutica de enfermería entró en sus proyectos de investigación. Sus principales temas de investigación fueron definir los componentes, procesos y estrategias relacionadas

con la suplementación del rol, que creía marcaría la diferencia para ayudar a los pacientes a realizar una transición saludable. Esto llevó a Meleis a definir *salud* como dominio, y probó la definición con variables de resultados alternativas como menos síntomas, bienestar percibido y capacidad para asumir nuevos roles.

Su teoría de la suplementación del rol se utilizó no solo en sus estudios sobre el nuevo rol de crianza (Meleis y Swendsen, 1978), sino también en otros estudios en pacientes postinfarto de miocardio (Dracup, Meleis, Baker y Edlefsen, 1985), ancianos (Kaas y Rousseau, 1983), cuidadores parentales (Brackley, 1992), cuidadores de pacientes con Alzheimer (Kelley y Lakin, 1988) y mujeres que no lograron ser madres y que mantenían una insuficiencia del rol (Gaffney, 1992). En estos estudios que usaban la teoría de la suplementación del rol, Meleis empezó a cuestionar la naturaleza y la experiencia humana de las transiciones. Durante este período, su investigación se centró ahora en los inmigrantes y su salud en relación con las *transiciones* como concepto. La visita de Norma Chick a la UCSF, de la Massey University de Nueva Zelanda, aceleró el desarrollo del concepto de *transiciones* (Chick y Meleis, 1986) y el primer artículo de Meleis sobre transiciones como un concepto de enfermería.

Para desarrollar este trabajo teórico, Meleis hizo extensas búsquedas bibliográficas con Karen Schumacher, estudiante de doctorado de la UCSF, para descubrir la amplia utilización de la *transición* como concepto o marco en la bibliografía enfermera. Encontraron 310 artículos centrados en las transiciones, y Meleis siguió desarrollando el marco de transición (Schumacher y Meleis, 1994) que después se desarrollaría como una teoría intermedia. La publicación del marco de transición fue bien recibida por enfermeras expertas e investigadoras y empezó a utilizarse como marco conceptual en estudios que examinaban lo siguiente:

- Descripción de transiciones en inmigrantes (Meleis, Lipson y Dallafar, 1998).
- Experiencia de artritis reumatoide en mujeres (Shaul, 1997).
- Recuperación de cirugía cardíaca (Shih et al., 1998).
- Rol del cuidador familiar de pacientes en quimioterapia (Schumacher, 1995).

- Pérdida de memoria inicial de pacientes en Suecia (Robinson et al., 1997).
- Transiciones del envejecimiento (Schumacher, Jones y Meleis, 1999).
- Transición a la maternidad de mujeres afroamericanas (Sawyer, 1997).

Investigadores que habían utilizado la transición como marco conceptual desarrollaron una teoría intermedia con el marco de la transición. Analizaron sus resultados relacionados con experiencias y respuestas de la transición, e identificaron similitudes y diferencias en el uso de la transición; los resultados se compararon, contrastaron e integraron en reuniones del grupo por extensa lectura, revisión y diálogo. El trabajo colectivo se publicó en 2000 (Meleis et al., 2000) y se ha utilizado extensamente en estudios de enfermería. La figura 20.1 muestra un diagrama de la teoría de las transiciones de nivel medio.

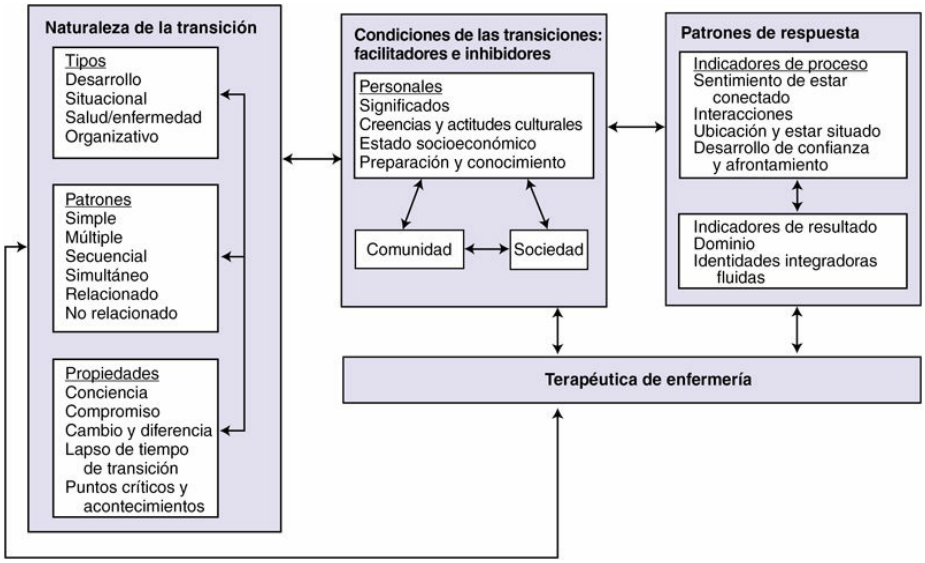


FIGURA 20.1 Teoría intermedia de las transiciones.

(Tomado de Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias D. K., & Schumacher, K. [2000]. Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science, 23*[1], 12–28.)

Basándose en sus trabajos anteriores sobre la teoría de las transiciones se desarrollaron teorías específicas de la situación que Meleis (1997) había reclamado, lo que incluía cuestiones específicas

sobre el nivel de abstracción, el grado de especificidad, el ámbito de contexto y la relación con la investigación y la práctica de la enfermería (Im y Meleis, 1999a, 1999b; Schumacher, Jones y Meleis, 1999). Por ejemplo, Im y Meleis (1999b) desarrollaron una teoría específica de la situación sobre la transición menopáusica en mujeres coreanas inmigrantes de bajos ingresos basada en los hallazgos de investigación, que utilizaba el marco de transición de Schumacher y Meleis (1994). Schumacher, Jones y Meleis (1999) elaboraron una teoría específica de la situación de la transición a la vejez. Im (2006) desarrolló también una teoría específica de la situación de la experiencia del dolor en pacientes caucásicos con cáncer. Estas teorías específicas de la situación se derivaban de la teoría de las transiciones de nivel medio. En 2010, Meleis reunió todos los trabajos teóricos en la bibliografía relacionados con la teoría de las transiciones y los publicó en un libro titulado *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice.* En 2011, Im analizó la bibliografía relacionada con la teoría de las transiciones y propuso una trayectoria de desarrollo teórico en enfermería basada en los trabajos teóricos relacionados con la teoría de las transiciones en enfermería. Recientemente Meleis (2015b) ha publicado un capítulo en un libro sobre la teoría de las transiciones que refleja sus pensamientos más recientes sobre la teoría.

Fuentes teóricas

Las fuentes teóricas para la teoría de las transiciones son múltiples. En primer lugar, los conocimientos de Meleis en enfermería, sociología, interaccionismo simbólico y teoría de roles, así como su formación académica condujeron al desarrollo de la teoría de las transiciones tal como se ha descrito anteriormente en este capítulo. De hecho, los hallazgos y la experiencia de los proyectos de investigación, los programas de formación y la práctica clínica en centros hospitalarios y comunitarios han sido fuentes frecuentes para el desarrollo teórico en enfermería (Im, 2005). Se completó una extensa revisión sistemática de la bibliografía, como sugirieron Walker y Avant (1995, 2005), que recogía los conocimientos existentes sobre los fenómenos de enfermería. Los esfuerzos de

colaboración entre investigadores que utilizaron el marco teórico de las transiciones y la teoría de las transiciones de nivel medio en sus estudios sirvieron de fuente para el desarrollo de la teoría de las transiciones. Finalmente, el proceso de orientación de Meleis podría ser otra fuente de desarrollo de la teoría de las transiciones. La tutela ejercida por Meleis sobre Schumacher condujo a una revisión integrada de la bibliografía a través de la cual se propuso la primera teoría de las transiciones (Schumacher y Meleis, 1994). Además, la versión más reciente de la teoría de las transiciones debida a Meleis et al. en 2000 también podría considerarse un producto de la mentorización de estudiantes en un trabajo teórico continuado.

Principales conceptos y definiciones

Los principales conceptos y definiciones de la teoría de las transiciones más actualizada –la teoría de rango medio de la transición propuesta por Meleis et al. (2000)– y los conceptos definidos previamente por Schumacher y Meleis (1994) explican los principales conceptos de la teoría de rango medio de la transición: 1) tipos y patrones de las transiciones; 2) propiedades de la experiencia de la transición; 3) condiciones de las transiciones (facilitadores e inhibidores); 4) patrones de respuesta (o indicadores de proceso y de resultado), y 5) terapéutica de enfermería.

Tipos y patrones de las transiciones

Los tipos de transiciones incluyen **desarrollo, salud y enfermedad, situacional** y **organizativo.** La transición del desarrollo incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y enfermedad incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica (Meleis y Trangenstein, 1994). Las transiciones organizativas se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan a las vidas de los clientes y de los trabajadores (Schumacher y Meleis, 1994).

Entre los patrones de las transiciones se incluyen la multiplicidad y la complejidad (Meleis et al., 2000). Muchas

personas experimentan múltiples transiciones simultáneamente y no una única transición, que no puede distinguirse con facilidad de los contextos de la vida diaria. De hecho, Meleis et al. (2000) observaron que todos los estudios que formaban la base del desarrollo teórico afectaban a personas que experimentaban simultáneamente un mínimo de dos tipos de transiciones, que podrían no estar desconectadas o ser mutuamente excluyentes. Por tanto, sugirieron que se considerara si las transiciones sucedían de forma secuencial o simultánea, el grado de superposición entre ellas y la esencia de las asociaciones entre los episodios separados que inician las transiciones para una persona.

Propiedades de la experiencia de la transición

Las propiedades de la experiencia de la transición incluyen cinco subconceptos: 1) conciencia; 2) compromiso; 3) cambio y diferencia; 4) tiempo, y 5) puntos críticos y fenómenos. Meleis et al. (2000) afirmaron que estas propiedades están interrelacionadas como un proceso complejo.

La **conciencia** se define como «percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición», y el nivel de conciencia se refleja a menudo en «el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo previsto de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares» (Meleis et al., 2000). Aunque afirmaban que una persona en transición puede ser de algún modo consciente de los cambios que está experimentando, Chick y Meleis (1986) postulaban que la ignorancia del cambio en una persona podría significar que esa persona todavía no hubiera iniciado su transición; sin embargo, Meleis et al. (2000) propusieron que la falta de conciencia no significa necesariamente que la transición no haya comenzado.

El **compromiso** es otra propiedad de la transición sugerida por Meleis et al. (2000). El *compromiso* se refiere «al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición». Se considera que el nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que este no sucede sin conciencia. Meleis et al. (2000) sugirieron que el nivel de compromiso de una persona que es consciente de los cambios es diferente del de una persona

que no tiene esa conciencia.

Los **cambios y diferencias** son propiedades de las transiciones (Meleis et al., 2000). Se supone que los cambios que experimenta una persona en sus identidades, roles, relaciones, capacidades y comportamientos conllevan una sensación de movimiento o dirección hacia el interior, además de procesos externos (Schumacher y Meleis, 1994). Meleis et al. (2000) aseveraron que todas las transiciones tienen cambios asociados, aunque no todos los cambios se asocian a transiciones. Por el contrario, para comprender completamente una transición es esencial desvelar y explicar los significados e influencias de los cambios y el ámbito de los mismos (p. ej., «naturaleza, temporalidad, importancia o gravedad percibida, normas y expectativas personales, familiares y sociales»). Las diferencias se sugieren también como propiedades de las transiciones. Meleis et al. (2000) creían que las diferencias que suponían un desafío podrían ser reveladas por las expectativas atípicas o insatisfechas, sentimientos distintos, realización o visión del mundo y los demás de maneras diferentes, y sugerían que los profesionales de enfermería podrían tener que reconocer el nivel de comodidad del cliente y un dominio del manejo de sus cambios y diferencias.

El **espacio o lapso de tiempo** también es una propiedad de las transiciones –todas las transiciones son fluidas y se mueven con el tiempo– (Meleis et al., 2000). Según Bridges (1980, 1991), la **transición** se define como «un tiempo con un punto de partida identificable, que va de los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un período de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un "final" con un nuevo inicio o período de estabilidad». Meleis et al. (2000) advirtieron que podría ser problemático o irrealizable, y posiblemente incluso perjudicial, enmarcar el plazo de tiempo de ciertas experiencias de transiciones.

Los **puntos y acontecimientos críticos** constituyen la propiedad final de las transiciones sugerida por Meleis et al. (2000). Los puntos y acontecimientos críticos se definen como «marcadores como el nacimiento, la muerte, el cese de la menstruación o el diagnóstico de una enfermedad». También reconocen que los acontecimientos considerados marcadores específicos podrían no

ser evidentes en algunas transiciones, aunque las transiciones suelen tener puntos críticos y acontecimientos. Los puntos críticos y acontecimientos están vinculados normalmente para intensificar la conciencia de los cambios o disparidades o con un compromiso más activo en el proceso de transición. La teoría de las transiciones conceptualiza que los puntos críticos finales se diferencian por un sentido de contrapeso en nuevos calendarios, competencias, estilos de vida y conductas de autocuidado, y la duración de la incertidumbre se caracteriza por variaciones, cambios consecutivos e interrupciones en la existencia.

Condiciones de las transiciones

Las condiciones de las transiciones son «circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable» (Schumacher y Meleis, 1994). Las condiciones de las transiciones incluyen factores personales, comunitarios o sociales que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de transiciones saludables.

Entre las **condiciones personales** se encuentran los significados, las creencias y las actitudes culturales, el estado socioeconómico, la preparación y el conocimiento. Meleis et al. (2000) consideraban que los significados atribuidos a los acontecimientos que desencadenan una transición y al propio proceso de transición pueden facilitar o impedir transiciones saludables. Las creencias y actitudes culturales como estigmas unidos a una experiencia de transición (p. ej., estigmatización china del cáncer) influirían en la experiencia de la transición. El estado socioeconómico podría influir en las experiencias de transición de las personas. La preparación anticipada o la falta de preparación facilitarían o inhibirían las experiencias de transición de las personas. Las **condiciones comunitarias** (p. ej., recursos de la comunidad) o **sociales** (p. ej., marginación de inmigrantes en el país de acogida) podrían facilitar o inhibir las transiciones. En comparación con las condiciones de transición personales, los subconceptos de las condiciones comunitarias y sociales están subdesarrollados.

Patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultado

Los indicadores de transiciones saludables del trabajo de Schumacher y Meleis (1994) fueron sustituidos por patrones de respuesta en la teoría intermedia de las transiciones. Los patrones de respuesta se conceptualizan como **indicadores de proceso** y **de resultado.** Estos *indicadores de proceso* y *de resultado* caracterizan las respuestas saludables. Los *indicadores de proceso* que mueven a los clientes en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo permiten una valoración e intervención precoz de las enfermeras para facilitar resultados saludables. Los *indicadores de resultado* también pueden usarse para comprobar si una transición es saludable, pero Meleis et al. (2000) advirtieron que los indicadores de resultado podían relacionarse con acontecimientos irrelevantes en las vidas de las personas si se examinan demasiado pronto en el proceso de transición. Entre los indicadores de proceso sugeridos por Meleis et al. (2000) están «sentirse conectado, interactuar, estar situado, y desarrollar confianza y afrontamiento». «La necesidad de sentir y estar conectado» es un indicador de proceso de una transición sana; si los inmigrantes añaden nuevos contactos a los antiguos con sus familiares y amigos, por lo común se encuentran en una transición sana. A través de interacciones, el significado anexo a la transición y a las conductas causadas por esta puede ser desvelado, analizado y comprendido, lo que habitualmente da lugar a una transición sana. La ubicación y la capacidad de estar situado en términos de tiempo, espacio y relaciones suelen ser importantes en la mayoría de las transiciones; indican si la persona gira en la dirección de una transición sana. La magnitud de la confianza aumentada que experimentan las personas en transición es otro indicador de proceso importante de una transición sana. Los indicadores resultantes sugeridos por Meleis et al. (2000) incluyen dominio e identidades integradoras fluidas. «La terminación sana de una transición» puede ser decidida por la reformulación de la identidad o la magnitud del dominio de las habilidades y comportamientos que muestran las personas en transición para gestionar sus nuevas situaciones o entornos.

Terapéutica de enfermería

Schumacher y Meleis (1994) conceptualizaron las terapias de

enfermería como «tres medidas que son ampliamente aplicables a las intervenciones terapéuticas durante las transiciones». En primer lugar, propusieron evaluar la disposición como una terapia de enfermería. La valoración de la disposición debe responder a un esfuerzo interdisciplinario y estar basada en una completa comprensión del cliente; requiere valoración de cada una de las condiciones de la transición para generar un boceto personal de la disposición del cliente, y permitir a los clínicos e investigadores determinar diversos patrones de la experiencia de la transición. En segundo lugar, la disposición para la transición se sugiere como una terapia de enfermería e incluye la formación como modalidad principal para generar la mejor condición para estar dispuesto para la transición. En tercer lugar se propuso una complementación de roles como una terapia de enfermería por Meleis (1975) y utilizada por varios investigadores (Meleis y Swendsen, 1978). Aún más, en la teoría de las transiciones de nivel medio no existe un desarrollo adicional del concepto de terapia de enfermería.

Uso de datos empíricos

En el desarrollo del marco de transición por Schumacher y Meleis (1994), una revisión sistemática y extensa de la bibliografía de más de 300 artículos relacionados con las transiciones aportó pruebas empíricas para conceptualizar y teorizar. Como se ha mencionado, el marco de transición se probó en estudios para describir transiciones de inmigrantes (Meleis, Lipson y Dallafar, 1998), experiencias de mujeres con artritis reumatoide (Shaul, 1997), recuperación de cirugía cardíaca (Shih et al., 1998), desarrollo del rol del familiar cuidador de pacientes en quimioterapia (Schumacher, 1995), inmigrantes coreanas con ingresos bajos en transición menopáusica (Im, 1997; Im y Meleis, 2000; 2001; Im, Meleis y Lee, 1999), pérdida de memoria inicial de pacientes en Suecia (Robinson et al., 1997), transición a la vejez (Schumacher, Jones y Meleis, 1999), transición a la maternidad de mujeres afroamericanas (Sawyer, 1997) y percepciones de su preparación para el alta hospitalaria de pacientes adultos médico- quirúrgicos (Weiss et al., 2007).

En el desarrollo de la teoría intermedia de las transiciones, cinco

estudios de investigación aportaron pruebas empíricas para conceptualizar y teorizar (Im, 1997; Messias, 1997; Messias et al., 1995; Sawyer, 1997; Schumacher, 1994). Estos estudios se realizaron en grupos culturalmente diversos de personas en transición, como madres afroamericanas, inmigrantes coreanas de mediana edad, padres de niños con cardiopatías congénitas, inmigrantes brasileñas a EE. UU. y familiares cuidadores de personas tratadas con quimioterapia para el cáncer. Los resultados empíricos de estos cinco estudios aportaron la base teórica para los conceptos de la teoría intermedia de las transiciones, y los conceptos y sus relaciones fueron desarrollados y formulados según un proceso colaborador de diálogo, comparación constante de resultados en los cinco estudios y análisis de resultados. Según los resultados de dos estudios (Im, 1997; Sawyer, 1997) se propuso una de las condiciones personales, los *significados.* Según Meleis et al. (2000), Im (1997) halló que las inmigrantes coreanas de mediana edad tenían sentimientos ambivalentes sobre la menopausia, esta no tuvo ningún significado especial. Im halló que la mayoría de participantes no expresó ninguna preocupación especial de salud o enfermedad de sus transiciones a la menopausia. Como las mujeres pasaron la menopausia sin percibir problemas o preocupaciones de salud o enfermedad, «ningún significado especial» habría facilitado la transición menopáusica de las mujeres. No obstante, el estudio de Sawyer describió que las mujeres afroamericanas explicaron el goce intenso de su rol como madres y describió la maternidad como ser responsable, protectora, dar apoyo y ser necesaria. Por tanto, los significados, como una condición de transición personal, pueden facilitar la menopausia y la maternidad o no hacerlo. La teoría intermedia de las transiciones se está utilizado en estudios para desarrollar teorías específicas de la situación (Im, 2006, 2010; Im y Meleis, 1999b; Schumacher, Jones y Meleis, 1999) y probar la teoría en un estudio sobre la experiencia de los familiares del ingreso en una residencia de ancianos (Davies, 2005).

Principales premisas

De obras previas de Meleis sobre suplementación del rol, del marco de transición de Schumacher y Meleis (1994) y de la teoría

intermedia de las transiciones de Meleis et al. (2000) pudieron deducirse las siguientes premisas de la teoría de las transiciones.

Enfermería

- Las enfermeras son las principales cuidadoras de clientes y familias que sufren las transiciones.
- Las transiciones originan un cambio y son consecuencia del cambio.

Persona

- Las transiciones incluyen un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de la vida, manifestados en todos los individuos.
- La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta.
- Las vidas diarias de clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias de transición.

Salud

- Las transiciones son complejas y multidimensionales. Las transiciones tienen patrones de multiplicidad y complejidad.
- Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo.
- Cambio y diferencia no son intercambiables ni sinónimos de transición.

Entorno

- La vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una

recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo.

Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos en la teoría de las transiciones se dedujeron en los primeros trabajos de Meleis. Ello incluye el trabajo sobre suplementación del rol, el marco de transición de Schumacher y Meleis (1994) y la teoría intermedia de las transiciones de Meleis et al. (2000). Las afirmaciones teóricas de esos trabajos teóricos son:

- Las transiciones de desarrollo, salud y enfermedad, y organizativas son básicas en la práctica enfermera.
- Los patrones de transición incluyen: 1) si el cliente sufre una o múltiples transiciones; 2) si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas; 3) el grado de superposición entre transiciones, y 4) la naturaleza de la relación entre los diferentes acontecimientos que desencadenan las transiciones en un cliente.
- Las propiedades de la experiencia de la transición son partes interrelacionadas de un proceso complejo.
- El grado de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que este no sucede sin conciencia.
- Las percepciones humanas y los significados unidos a situaciones de salud y enfermedad están influidos y a su vez influyen en las condiciones en las que se produce la transición.
- La transición saludable se caracteriza por indicadores de proceso y de resultado.
- Negociar las transiciones satisfactorias depende del desarrollo de una relación eficaz entre enfermera y cliente (terapéutica de enfermería). Esta relación es un proceso recíproco que les afecta a ambos.

Planteamiento lógico

La teoría de las transiciones fue formulada y desarrollada a través

de la inducción utilizando la bibliografía y los hallazgos de investigación existentes. Inicialmente fue desarrollada como un concepto central de la enfermería y más tarde como una teoría de nivel medio. La teoría de las transiciones fue formulada con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre las experiencias de las transiciones en diferentes tipos de transiciones con la terapia de enfermería para personas en fase de transición. La teoría proporciona un marco formal para comprender los resultados de investigaciones previas sobre las transiciones más claramente y para proponer conceptos para estudio adicional.

Aceptación por la comunidad de enfermería

En las últimas décadas, las transiciones han surgido como un concepto central del fenómeno enfermero, y la teoría de las transiciones se ha utilizado extensamente en el mundo. La teoría de las transiciones se ha traducido y utilizado ampliamente en Suecia, Taiwán, Corea del Sur, Portugal, España y Singapur.

Práctica profesional

La teoría de las transiciones ofrece una perspectiva plena de la experiencia de la transición mientras se consideran los contextos en los que las personas sufren una transición. Por su exhaustividad, aplicabilidad y afinidad con la salud, la teoría de las transiciones se ha aplicado a muchos fenómenos humanos de interés y preocupación para las enfermeras, como enfermedad, recuperación, nacimiento, muerte, pérdida e inmigración. La teoría de las transiciones es útil para explicar transiciones de salud y enfermedad, como el proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de una enfermedad crónica (Meleis y Trangenstein, 1994). Los estudios indican que la teoría de las transiciones podría aplicarse a la práctica enfermera en diversos grupos de personas, como poblaciones geriátricas, psiquiátricas, maternas, familiares cuidadores, mujeres menopáusicas, pacientes con Alzheimer, mujeres inmigrantes y personas con una

enfermedad crónica, entre otros (Brackley, 1992; Im, 1997; Kaas y Rousseau, 1983; Schumacher, Dodd y Paul, 1993; Shaul, 1997). La teoría de las transiciones podría guiar la práctica enfermera en personas con varios tipos de transiciones, al ofrecer una perspectiva completa de la naturaleza y el tipo de transiciones, condiciones de las transiciones e indicadores de proceso y de resultado de patrones de respuesta a las transiciones. Además, la teoría de las transiciones guiará el desarrollo de la terapéutica de enfermería coherente con la experiencia única de los clientes y sus familias en transición, promoviendo respuestas saludables a la transición.

Formación

La teoría de las transiciones se usa extensamente en la formación de graduados y pregraduados de todo el mundo (Meleis, comunicación personal, 29 de diciembre de 2007). Hay un interés internacional creciente por integrar la teoría de las transiciones a los estudios de enfermería de numerosos países (Meleis, comunicación personal, enero de 2008). La teoría de las transiciones fue utilizada como un marco organizador de planes de estudios en numerosos lugares, entre ellos la University of Connecticut y la Clayton State University en Morrow, Georgia, en la que la teoría de las transiciones ha sido usada en sus programas de formación durante los últimos 15 años. En respuesta a una necesidad creciente de aprendizaje de los estudiantes de grado, Meleis instruyó un curso electivo independiente de grado sobre transiciones y salud en la UCSF. En la University of Pennsylvania, en 2007, se fundó el Transitions for Health Center, dirigido por Mary Naylor, con una dotación de apoyo de 5 millones de dólares y con la teoría de las transiciones como base teórica.

Investigación

Internacionalmente, varios investigadores han utilizado la teoría de las transiciones en sus estudios como base teórica de investigación. El programa de investigación de Meleis está basado en la teoría de las transiciones, y otros investigadores han probado la precisión empírica de la teoría de las transiciones en sus estudios (Davies, 2005; Weiss et al., 2007). Como se ha mencionado en este capítulo, la

teoría de las transiciones se ha utilizado a menudo como teoría original para teorías específicas de la situación (Im, 2006; Im y Meleis, 1999a; Schumacher, Jones y Meleis, 1999). Algunos alumnos de doctorado, como Daphne Brewington de la East Carolina University (2013), han empleado la teoría de las transiciones en sus tesis doctorales.

Evolución

La teoría de las transiciones es un marco emergente que podría desarrollarse, comprobarse y mejorarse, reflejando la postura filosófica de Meleis sobre el desarrollo cíclico, dinámico y evolutivo de la teoría. La teoría de las transiciones sigue mejorando y comprobándose para explicar los conceptos principales y relaciones entre diversos grupos con varios tipos de transición. Dado que existe suficiente apoyo empírico sobre la teoría de las transiciones derivado de una serie de estudios, los estudios adicionales deberían analizar las intervenciones basadas en esta teoría, mediante las cuales adquiere capacidad para orientar la práctica enfermera.

Como anticipó Meleis (2007), se siguen desarrollando teorías específicas para distintas situaciones basadas en la teoría de las transiciones. En un reciente análisis de las teorías específicas para distintas situaciones publicado desde 1999, esta teoría fue la de rango medio más empleada para generar teorías específicas para una situación (Im, 2014a). En otro análisis (Im, 2014b) se encontró que un total de nueve teorías específicas para una situación derivaban de la teoría de rango medio de las transiciones en los últimos 10 años. Las siguientes teorías se encuentran dentro de estas:

- La teoría específica para una situación sobre la transición de la emigración para las granjeras emigrantes (Clingerman, 2007).
- La teoría específica para una situación sobre la transición a los servicios sanitarios de día para adultos (Bull y McShane, 2008).
- La teoría específica para una situación que orienta las intervenciones en pacientes con insuficiencia cardíaca

(Davidson et al., 2007).
- La teoría específica para una situación sobre las transiciones de cuidado (Geary y Schumacher, 2012).
- La teoría específica para una situación sobre el bienestar en mujeres refugiadas que experimentan una transición cultural (Baird, 2012).
- La teoría específica para una situación sobre la experiencia del dolor en pacientes americanos oncológicos de origen asiático (Im, 2008).
- La teoría específica para una situación sobre la experiencia de los síntomas menopáusicos en inmigrantes asiáticas residentes en EE. UU. (Im, 2010).
- La teoría específica para la situación de la transición a la menopausia de las inmigrantes coreanas (Im y Meleis, 1999).
- La teoría específica para la situación sobre la experiencia del dolor en pacientes oncológicos de raza caucasiana (Im, 2006).

Crítica

Claridad

Las definiciones conceptuales de la teoría de las transiciones son claras y ofrecen una comprensión completa de la complejidad de las transiciones. Las relaciones entre los conceptos principales se dibujan claramente en un diagrama visualmente simple (v. fig. 20.1). Las variables son independientes entre sí, aunque los efectos interactivos entre las variables se representan claramente con flechas.

Sencillez

La teoría de las transiciones es clara y sencilla de entender. Los conceptos principales están ligados lógicamente, y las relaciones son evidentes en sus fundamentos teóricos.

Generalidad

La teoría de las transiciones es una teoría intermedia. Las teorías intermedias tienen un alcance más limitado y menos abstracción que las grandes teorías y estudian fenómenos o conceptos específicos, que facilitan su aplicación en la práctica enfermera. La teoría de las transiciones tiende generalizarse a personas en transición. Si se consideran diversos tipos de transiciones, la teoría de las transiciones es importante para cualquier población en transición, según el tipo de transición que experimente. La investigación utilizada para derivar la teoría de las transiciones realmente se basó en la participación de grupos de diferente sexo y etnia en varios ámbitos, lo que hace la teoría de las transiciones más generalizable que las teorías desarrolladas para la investigación con poblaciones específicas.

Accesibilidad

La teoría de las transiciones ha sido probada y confirmada por Meleis y otros autores como marco para explicar las experiencias de transición de diversos grupos de poblaciones en diferentes tipos de transiciones. La teoría de las transiciones sigue evolucionando en programas de investigación, y estudios continuados de investigación empírica la mejorarán. Con el desarrollo de teorías específicas de situación a partir de la teoría de las transiciones también se reducirá la distancia del mundo empírico.

Importancia

La teoría de las transiciones centrada en personas en diversos tipos de transición es una guía completa y evolutiva para todas las disciplinas sanitarias. Las disciplinas relacionadas con la salud tratan un tipo de transición, simple o múltiple. Con la creciente necesidad de atención sanitaria culturalmente competente para diversos grupos de clientes, la teoría de las transiciones ofrecería una adaptación teórica más adecuada a la asistencia actual. La consideración inherente de la diversidad de clientes y su base en la investigación en diversos grupos contribuye a su importancia.

Resumen

Los sistemas de atención sanitaria actuales se caracterizan por cambios, diversidades y complejidades. La teoría de las transiciones, que evolucionó a partir de estudios de investigación entre grupos diversos de personas en distintos tipos de transiciones, podría dirigir de forma adecuada la práctica de la enfermería y la formación en el sistema de atención sanitaria actual. Meleis inició su viaje teórico en los años sesenta y aún se encuentra en el trayecto. La teoría de las transiciones se sigue desarrollando a través de una serie de estudios basados en ella y gracias a los muchos colaboradores a los que Meleis ha apoyado. El reciente desarrollo de teorías específicas para una situación derivadas de la teoría de las transiciones apoya la utilidad y aplicabilidad de la misma para la investigación y la práctica enfermera.

Caso clínico

Sue Kim, de 49 años, emigró de Corea del Sur a EE. UU. hace 6 años. Su familia llegó a EE. UU. para educar a sus hijos y se trasladó con familiares a Los Ángeles. Sue y su marido eran licenciados por una de las primeras universidades de Corea del Sur y su marido también completó un máster en Negocios. Sin embargo, su dominio del inglés era inadecuado para trabajar en EE. UU., por lo que abrieron una tienda de productos coreanos con el dinero que habían traído de Corea del Sur y consiguieron establecerse en Los Ángeles, donde viven bastantes coreanos. Tienen dos hijos: Mina, de 25 años, que es encargada en una tienda, y Yujun, de 21 años, que estudia en la universidad. Los dos nacieron en Corea del Sur y se trasladaron a EE. UU. con Sue. Los hijos pasaron tiempos difíciles, especialmente Mina, que llegó a EE. UU. en su último año de instituto. Sin embargo, al final se adaptaron al nuevo entorno. Mina vive sola en un apartamento de una habitación cerca del centro y Yujun, en una residencia universitaria. Los Kim son religiosos y van regularmente a la parroquia protestante de su comunidad. Participan en numerosas actividades parroquiales.

Sue y su marido han estado demasiado ocupados para someterse a controles anuales en los últimos 6 años. Hace 1 año, Sue empezó a tener indigestiones, náuseas, vómitos y dolor abdominal

superior; tomó algunas medicinas sin receta e intentó tolerar el dolor. El mes pasado, sus síntomas empeoraron; acudió a una clínica local y se la remitió a un hospital mayor. Recientemente se le ha diagnosticado un cáncer de estómago después de una serie pruebas, y se la ha operado; ahora sigue un tratamiento de quimioterapia.

Usted es la enfermera que cuida a Sue durante su ingreso. Siempre que se acerca a ella, Sue es muy educada y recatada. Es muy callada y nunca se queja de síntomas ni dolor. Sin embargo, en varias ocasiones piensa que Sue tiene mucho dolor cuando ve sus expresiones faciales y su sudor en la frente. Piensa que el nivel de inglés de Sue no le permite comunicarse con los profesionales de la salud. Además, ve que Sue no tiene muchas visitas –solo su marido y sus hijos–. Con frecuencia encuentra a Sue rezando mientras escucha canciones religiosas. También la encuentra sollozando en silencio. Quedan 2 semanas para que Sue acabe la quimioterapia. Piense en algo que debería hacer por Sue para que no sufra a causa de un dolor y unos síntomas que podrían ser controlados fácilmente con estrategias existentes de tratamiento del dolor. Empiece a hacer algunos planes.

1. Describa su valoración de la o las transiciones que experimenta Sue. ¿Cuáles son los tipos y los patrones de la o las transiciones? ¿Qué propiedades de estas puede identificar en este caso?
2. ¿Qué condiciones personales, comunitarias y sociales de la transición pueden haber influido en la experiencia de Sue? ¿Cuáles son los significados culturales unidos a cáncer, dolor por cáncer y síntomas de la quimioterapia en esta situación? ¿Cuáles son las actitudes culturales de Sue hacia el cáncer y los pacientes con cáncer? ¿Qué factores pueden facilitar o inhibir su o sus transiciones?
3. Considere los patrones de respuesta que muestra Sue. ¿Cuáles son los indicadores de la o las transiciones saludables? ¿Cuáles son los de las no saludables?
4. Reflexione sobre cómo influye la teoría de las transiciones en su valoración y el cuidado enfermero para Sue.
5. Si fuera enfermera de Sue, ¿cuál sería su primera acción o

interacción con ella? Describa un plan de cuidados para Sue.

Actividades de pensamiento crítico

1. Considere una transición en la que actualmente se sienta inmerso. Identifique las características de la transición tal como se definen en la teoría de las transiciones que usted haya observado.
2. Analice los cambios que está experimentando debidos a la transición específica. Considere en qué medida su nivel de conciencia de estos cambios influye en su experiencia de la transición.
3. Analice las condiciones personales, comunitarias y sociales que pueden haber influido en la transición que está experimentando. Elabore una lista de las influencias, como creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico y su nivel de preparación, que han afectado en su enfoque de la transición.
4. Revise sus respuestas a la transición y considere los resultados de la transición personal de la pregunta 1. ¿Qué hechos facilitarían resultados exitosos en la transición? ¿Qué elementos inhibirían estos resultados exitosos?
5. ¿Cómo podría utilizar esta conciencia en su práctica enfermera?

Referencias para ampliar conocimientos

- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Página web de la teoría de las transiciones en la University of Pennsylvania, en http://www.newcourtlandcenter@nursing.upenn.edu.

Bibliografía

Baird MB. Well-being in refugee women experiencing cultural transition. *Advances in Nursing Science*. 2012;35(3):249–263.

Brackley MH. A role supplementation group pilot study: A nursing therapy for potential parental caregivers. *Clinical Nurse Specialist*. 1992;6(1):14–19.

Bridges W. *Transitions*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1980.

Bridges W. *Managing transition: Making the most of change*. Menlo Park, CA: Addison Wesley; 1991.

Bull MJ, McShane RE. Seeking what's best during the transition to adult day health services. *Qualitative Health Research*. 2008;18(5):597–605.

Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. In: Chin PL, ed. *Nursing research methodology: Issues and implementations*. Gainsburg, MD: Aspen; 1986:237–257.

Clingerman E. A situation-specific theory of migration transition for migrant farmworker women. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2007;21(4):220–235.

Davidson PM, Dracup K, Phillips J, Padilla G, Daly J. Maintaining hope in transition: A theoretical framework to guide interventions for people with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;22(1):58–64.

Davies S. Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(6):658–671.

Dracup K, Meleis AT, Baker K, Edlefsen P. Family-focused cardiac rehabilitation: A role supplementation program for cardiac patients and spouses. *Nursing Clinics of North America*. 1985;19(1):113–124.

Dracup K, Meleis AI, Clark S, Clyburn A, Shields L, Staley M. Group counseling in cardiac rehabilitation: Effect on patient compliance. *Patient Education and Counseling*. 1985;6(4):169–177.

Gaffney KF. Nurse practice-model for maternal role sufficiency. *Advances in Nursing Sciences*. 1992;15(2):76–84.

Geary CR, Schumacher KL. Care transitions: Integrating transition theory and complexity science concepts. *Advances in Nursing Science*. 2012;35(3):236–248.

Im EO. *Negligence and ignorance of menopause within gender multiple transition context: Low income Korean immigrant women. Unpublished doctoral dissertation*. San Francisco: University of California; 1997.

Im EO. Development of situation-specific theories: An integrative approach. *Advances in Nursing Science*. 2005;28(2):137–151.

Im EO. A situation-specific theory of Caucasian cancer patients' pain experience. *Advances in Nursing Science*. 2006;29(3):232–244.

Im EO. The situation-specific theory of pain experience for Asian American cancer patients. *Advances in Nursing Science*. 2008;31(4):319–331.

Im EO. A situation-specific theory of Asian immigrant women's

menopausal symptom experience in the United States. *Advances in Nursing Science*. 2010;33(2):143–157.

Im EO. Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. *Nursing Outlook*. 2011;59(5):278–285.

Im EO. The status quo of situation-specific theories. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2014;28(4):278–298.

Im EO. Situation-specific theories from the middle-range transitions theory. *Advances in Nursing Science*. 2014;37(1):19–31.

Im EO, Meleis AI. Situation-specific theories: Philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*. 1999;22(2):11–24.

Im E, Meleis AI. A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. *Journal of Nursing Scholarship*. 1999;31(4):333–338.

Im E, Meleis AI. Meanings of menopause: Low-income Korean immigrant women. *Western Journal of Nursing Research*. 2000;22(1):84–102.

Im E, Meleis AI. Women's work and symptoms during midlife: Korean immigrant women. *Women and Health*. 2001;33(1/2):83–103.

Im E, Meleis AI, Lee K. Symptom experience of low-income Korean immigrant women during menopausal transition. *Women and Health*. 1999;29(2):53–67.

Jones PS, Zhang XE, Meleis AI. Transforming vulnerability. *Western Journal of Nursing Research*. 1978;25(7):835–853.

Kaas MJ, Rousseau GK. Geriatric sexual conformity: Assessment and intervention. *Clinical Gerontologist*. 1983;2(1):31–44.

Kelley LS, Lakin JA. Role supplementation as a nursing intervention for Alzheimer's disease: A case study. *Public Health Nursing*. 1988;5(3):146–152.

Meleis AI. Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*. 1975;24:264–271.

Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 1st ed Philadelphia: Lippincott; 1985.

Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 2nd ed Philadelphia: Lippincott; 1991.

Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 3rd ed Philadelphia: Lippincott; 1997.

Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 4th ed Philadelphia: Lippincott; 2007.

Meleis AI. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010.

Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 5th ed Philadelphia: Lippincott; 2011.

Meleis AI. Transition to retirement: A life cycle transition. In: Loureiro H, ed. *Transição Para a Reforma: Um Programa a Implementar Em Cuidados de Saúde Primários*. 1st ed Coimbra, Portugal: REATIVA; 2015:9–15.

Meleis AI. Transitions theory. In: Smith M, Parker ME, eds. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 4th ed Philadelphia PA: F. A. Davis; 2015:361–380.

Meleis AI. The undeaning transition: Toward becoming a former dean. *Nursing Outlook*. 2016;64(2):186–196.

Meleis AI, Birch EL, Wachter SM, eds. *Women's health and the world's cities*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2011.

Meleis AI, Lipson J, Dallafar A, The reluctant immigrant: Immigration experiences among Middle Eastern groups in Northern California. Baxter D, Krulfeld R, eds. *Selected papers on refugees and immigrants*, vol. 5. Arlington, VA: American Anthropological Association; 1998:214–230.

Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000;23(1):12–28.

Meleis AI, Swendsen L. Role supplementation: An empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*. 1978;27:11–18.

Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: Re-definition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 1994;42:255–259.

Messias, D.K. H. (1997). *Narratives of transnational migration, work, and health: The lived experiences of Brazilian women in the United States*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.

Messias DKH, Gilliss CL, Sparacino PSA, Tong EM, Foote D. Stories of transition: Parents recall the diagnosis of congenital heart defects. *Family Systems Medicine*. 1995;3(3/4):367–377.

Robinson PR, Ekman SL, Meleis AI, Wahlund LO, Winbald B. Suffering in silence: The experience of early memory loss. *Health Care in Later Life*. 1997;2(2):107–120.

Sawyer, L. (1997). *Effects of racism on the transition to motherhood for African-American women*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.

Schumacher, K.L. (1994). *Shifting patterns of self-care and caregiving during chemotherapy*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.

Schumacher KL. Family caregiver role acquisition: Role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1995;9:211–271.

Schumacher KL, Dodd MJ, Paul SM. The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health*. 1993;16:395–404.

Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI, Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Swanson L, Tripp Reimer T, eds. *Advances in gerontological nursing: Life transitions in the older adult*, vol. 3. New York: Springer; 1999:1–26.

Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1994;26(2):119–127.

Shaul MP. Transition in chronic illness: Rheumatoid arthritis in women. *Rehabilitation Nursing*. 1997;22:199–205.

Shih FJ, Meleis AI, Yu PJ, Hu WY, Lou MF, Huang GS. Taiwanese patients' concerns and coping strategies: Transitions to cardiac surgery. *Heart and Lung*. 1998;27(2):82–98.

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 3rd ed Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995.

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 4th ed Norwalk, CT: Appleton & Lange; 2005.

Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*. 2007;21(1):31–42.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2007.

Capítulos de libros

Brooten D, Naylor MD. Transitional environments. In: Hinshaw AS, Feetham SL, Shaver J, eds. *Handbook of clinical nursing research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1999:641–654.

Lipson JG, Meleis AI. Research with immigrants and refugees. In: Hinshaw AS, Feetham SL, Shaver J, eds. *Handbook of clinical nursing research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1999:87–106.

Meleis AI. *On transitions and knowledge development. Nursing beyond art and science (annotated ed.)*. Japan: Japan Academy of Nursing Science; 1997.

Meleis AI. Research on role supplementation. In: Fitzpatrick JJ, ed. *Encyclopedia of nursing research*. New York: Springer; 1998.

Meleis AI, Lipson J, Dallafar A, The reluctant immigrant: Immigration experiences among Middle Eastern groups in Northern California.

Baxter D, Krulfeld R, eds. *Selected papers on refugees and immigrants*, vol. 5. Arlington, VA: American Anthropological Association; 1998:214–230.

Meleis AI, Lipson JG, Muecke M, Smith G. *Immigrant women and their health: An olive paper*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 1998.

Meleis AI, Schumacher KL. Transitions and health. In: Fitzpatrick JJ, ed. *Encyclopedia of nursing research*. New York: Springer; 1998:570–571.

Meleis AI, Swendsen L. Boulder, CO: Western Interstate Commission for Higher Education; 1977: pp. 308-324.

Meleis AI, Swendsen L, Jones D, Preventive role supplementation: A grounded conceptual framework. Miller MH, Flynn B, eds. *Current perspectives in nursing: Social issues and trends*, vol. 2. St Louis: Mosby; 1980:3–14.

Tesis doctorales

Almendarez, B.L. (2007). *Mexican American elders and nursing home transition*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas Health Science Center at San Antonio, TX.

Lenz, B.K. (2002). *Correlates of tobacco use and non-use among college students at a large university: Application of a transition framework*. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota.

McMillan, E.S. (2002). *Education to practice questionnaire: A content analysis*. Unpublished doctoral dissertation, Wilmington College Division of Nursing, Delaware.

Missal, B.E. (2003). *The Gulf Arab woman's transition to motherhood*. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota.

O'Brien-Barry, P. (2003). *The contribution of sex-role orientation and role commitment to interrole conflict in working first-time mothers at 6 to 9 months postpartum*. Unpublished doctoral dissertation, New York University.

Vardaman, S. (2011). *Lived experiences of transitions in international nursing students*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Tyler.

Artículos de revistas

Brown MA, Olshansky EF. From limbo to legitimacy: A theoretical model of the transition to the primary care nurse practitioner role. *Nursing Research*. 1997;46(1):46–51.

Duchscher JB. A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2008;39(10):441–450.

Elmberger E, Bolund C, Lutzen K. Transforming the exhausting to energizing process of being a good parent in the face of cancer. *Health Care for Women International*. 2000;21(6):485–499.

McCain GC, Deatrick JA. The experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1994;23(5):421–427.

Meleis AI. Role/insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*. 1975;24:264–271.

Meleis AI. Role transition and health. *Kango Kenkyo: The Japanese Journal of Nursing Research*. 1987;20(1):69–89: 81.

Meleis AI. Between two cultures: Identity, roles, and health. *Health Care for Women International*. 1991;12:365–378.

Meleis AI. Immigrant transitions and health care: An action plan. *Nursing Outlook*. 1997;45(1):42.

Meleis AI, Rogers S. Women in transition: Being vs. becoming or being and becoming. *Health Care for Women International*. 1987;8:199–217.

Meleis AI, Swendsen L. Role supplementation: An empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*. 1978;27:11–18.

Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*. 1994;42(6):255–259.

Messias DKH. Transnational health resources, practices, and perspectives: Brazilian immigrant women's narratives. *Journal of Immigrant Health*. 2002;4(4):183–200.

Messias DKH, Gilliss CL, Sparacino PSA, Tong EM, Foote D. Stories of transition: Parents recall the diagnosis of congenital heart defect. *Family Systems Medicine*. 1995;13(3/4): 367–277.

Schumacher KL. Family caregiver role acquisition: Role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1995;9:211–271.

Schumacher KL. Reconceptualizing family caregiving: Family-based illness care during chemotherapy. *Research in Nursing & Health*. 1996;19:261–272.

Schumacher KL, Dodd MJ, Paul SM. The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health*. 1993;16:395–404.

Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG. Conceptualizing and measurement of doing family caregiving well. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(1):63–69.

Shih F, Huang LH. Patients' needs and their coping strategies transition to cardiac surgery. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 1996;12(2):114–127.

Shih FJ, Meleis AI, Yu PJ, Hu WY, Lou MF, Huang GS. Taiwanese patients' concerns and coping strategies: Transitions to cardiac surgery. *Heart and Lung*. 1998;27(2):82–98.

Swendsen L, Meleis AI, Jones D. Role supplementation for new parents: A role mastery plan. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 1978;3:84–91.

Watson N, Pulliam L. Transgenerational health promotion. *Holistic Nursing Practice*. 2000;14(4):1–11.

Weiss ME, Lokken L. Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2009;38(4):406–417.

Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*. 2007;21(1):31–42.

Wilkins KL, Woodgate RL. Transition: A conceptual analysis in the context of siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 2006;21(4):256–265.

Wilson SA. The transition to nursing home life: A comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26:864–871.

Fuentes secundarias

Libros

Meleis AI, Isenberg M, Koerner JE, Lacey B, Stern P. *Diversity, marginalization, and culturally competent health care: Issues in knowledge development*. Washington: American Academy of Nursing; 1995.

Meleis AI, Lipson JG, Muecke M, Smith G. *Immigrant women and their health: An olive paper*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 1998.

Meleis AI, Birch EL, Wachter SM, eds. *Women's health and the world's cities*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2011.

St Hill P, Lipson J, Meleis AJ, eds. *Caring for women cross-culturally: A portable guide*. Philadelphia: F. A. Davis; 2002.

Artículos de revistas

Dracup K, Cronenwett L, Meleis AI, Benner PE. Reflections on the doctorate of nursing practice. *Nursing Outlook*. 2005;53(4):177–182.

Dracup K, Cronenwett L, Meleis AI, Benner PE. Reply to letter to the editor on reflections on the doctorate of nursing practice. *Nursing Outlook*. 2005;53(6):269.

Hall JM, Stevens PE, Meleis AI. Developing the construct of role integration: A narrative analysis of women clerical workers' daily lives. *Research in Nursing & Health*. 1992;15(6):447–457.

Hall JM, Stevens PE, Meleis AI. Experiences of women clerical workers in patient care areas. *Journal of Nursing Administration*. 1992;22(5):11–17.

Hall JM, Stevens PE, Meleis AI. Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science*. 1994;16(4):23–41.

Hattar-Pollara M, Meleis AI. Parenting adolescents: The experiences of Jordanian immigrant women in California. *Health Care for Women International*. 1995;16(3):195–211.

Hattar-Pollara M, Meleis AI. Stress of immigration and the daily lived experience of Jordanian immigrant women. *Western Journal of Nursing Research*. 1995;17(5):521–539.

Hattar-Pollara M, Meleis AI, Nagib H. A study of the spousal role of Egyptian women in clerical jobs. *Health Care for Women International*. 2000;21(4):305–317.

Hattar-Pollara M, Meleis AI, Nagib H. Multiple role stress and patterns of coping of Egyptian women in clerical jobs. *Transcultural Nursing*. 2003;14(2):125–133.

Im E, Meleis AI, Park YS. A feminist critique of the research on menopausal experience of Korean women. *Research In Nursing and Health*. 1999;22:410–420.

Jones P, Meleis AI. Caregiving between two cultures: An integrative experience. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002;13(3):202–209.

Jones PS, Jaceldo KB, Lee JR, Zhang XE, Meleis AI. Role integration and perceived health in Asian American women caregivers. *Research in Nursing and Health*. 2001;24:133–144.

Jones PS, Meleis AI. Health is empowerment. *Advances in Nursing Science*. 1993;15(3):1–14.

Jones PS, Zhang XE, Meleis AI. Transforming vulnerability. *Western Journal of Nursing Research*. 1978;25(7):835–853.

Laffrey SC, Meleis AI, Lipson JG, Solomon M, Omidian PA. Assessing Arab-American health care needs. *Social Science and Medicine*. 1989;29(7):877–883.

Meleis AI. Community participation and involvement: Theoretical and empirical issues. *Health Services Management Research*. 1992;5(10):5–16.

Meleis AI. Directions for nursing theory development in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(3):112–117.

Meleis AI. Nursing: A caring science with a distinct domain. *Sairaanhoitaja*. 1992;(6):8–12.

Meleis AI. On the way to scholarship: From master's to doctorate. *Journal of Professional Nursing*. 1992;8(6):328–334.

Meleis AI. Culturally competent scholarship: Substance and rigor. *Advances in Nursing Science*. 1996;19(2):1–16.

Meleis AI. Small steps and giant hopes: Violence on women is more than wife battering. (Editorial). *Health Care for Women International*. 2001;23:313–315.

Meleis AI. Women's work, health and quality of life: It is time we redefine women's work. *Women and Health*. 2001;33(1/2): xv–xviii.

Meleis AI. Whither international research? (Editorial). *Journal of Nursing Scholarship*. 2002;34(1):4–5.

Meleis AI. Brain drain or empowerment. (Guest Editorial). *Journal of Nursing Scholarship*. 2003;35(2):105.

Meleis AI. Arabs. In: Lipson J, Dibble S, eds. *Culture and clinical care: A practical guide (42-57)*. San Francisco: University of California San Francisco Nursing Press; 2005.

Meleis AI. Safe womanhood is not safe motherhood: Policy implications. *Health Care for Women International*. 2005;26(2):464–471.

Meleis AI. Shortage of nurses means a shortage of nurse scientists. (Editorial). *Journal of Advanced Nursing*. 2005;49(2):111.

Meleis AI. Human capital in health care: A resource crisis of a caring crisis? *Global Health Link*. 2006;139(6-7):21–22.

Meleis AI, Arruda EN, Lane S, Bernal P. Veiled, voluminous and devalued: Narrative stories about low-income women from Brazil. *Egypt & Colombia. Advances in Nursing Science*. 1994;17(2):1–15.

Meleis AI, Bernal P. Domestic workers in Colombia as spouses: Security and servitude. *Holistic Nursing*. 1994;8(4):33–43.

Meleis AI, Bernal P. The paradoxical world of muchacha de por dia ín Colombia. *Human Organization*. 1995;54:393–400.

Meleis AI, Douglas M, Eribes C, Shih F, Messias D. Employed Mexican women as mothers and partners: Valued, empowered and overloaded. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;23:82–90.

Meleis AI, Fishman J. Rethinking the work in health: Gendered and cultural expectations. (Editorial). *Health Care for Women International*. 2001;22:195–197.

Meleis AI, Hall JM, Stevens PE. Scholarly caring in doctoral nursing education: Promoting diversity and collaborative mentorship. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1994;26(3):177–180.

Meleis AI, Im E. Transcending marginalization in knowledge development. *Nursing Inquiry*. 1999;6(2):94–102.

Meleis AI, Im EO. Grandmothers and women's health: From fragmentation to coherence. *Health Care for Women International*. 2002;23(2):207–224.

Meleis AI, Kulig J, Arruda EN, Beckman A. Maternal role of women in clerical jobs in southern Brazil: Stress and satisfaction. *Health Care for Women International*. 1990;11(4):369–382.

Meleis AI, Lindgren T. Show me a woman who does not work! *Journal of Nursing*. 2001:209–210.

Meleis AI, Lipson J. Cross-cultural health and strategies to lead development of nursing practice. In: Daly J, Speedy S, Jackson D, eds. *Nursing Leadership*. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2003:69–88.

Meleis AI, Lipson JG, Paul SM. Ethnicity and health among five Middle Eastern immigrant groups. *Nursing Research*. 1992;41(2):98–103.

Meleis AI, Messias DKH, Arruda EN. Women's work environment and health: Clerical workers in Brazil. *Research in Nursing and Health*. 1995;19:53–62.

Meleis AI, Stevens PE. Women in clerical jobs: Spousal role satisfaction stress and coping. *Women & Health*. 1992;18(1):23–40.

Messias DKH, Hall JM, Meleis AI. Voices of impoverished Brazilian women: Health implications of roles and resources. *Women and Health*. 1996;24(1):1–20.

Messias DKH, Im E, Page A, Regev H, Spiers J, Meleis AI. Defining and redefining work: Implications for women's health. *Gender and Society*. 1997;11(3):296–323.

Messias DH, Regev H, Im E, Spiers J, Van P, Meleis AI. Expanding the visibility of women's work: Policy implications. *Nursing Outlook*. 1997;45:258–264.

Siantz ML, Meleis AI. Integrating cultural competence into nursing education and practice: 21st century action steps. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007;18(1):86–90.

Van P, Meleis AI. Coping with grief after involuntary pregnancy loss: Perspectives of African-American women, Journal of Obstetric, Gynecologic. *& Neonatal Nursing*. 2003;32(1):28–39.

21

Modelo de promoción de la salud

Teresa J. Sakraida

Jane Wilson[*]

«Las teorías de nivel medio que se han evaluado en trabajos de investigación aportan evidencia para la práctica basada en la evidencia, lo que facilita la traducción de la investigación en práctica.»

(Nola J. Pender, comunicación personal, abril de 2008)

Nola J. Pender
(1941-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

El primer encuentro de Nola J. Pender con la enfermería profesional se produjo cuando tenía 7 años, en el momento en que observó el cuidado enfermero a su tía hospitalizada. «La experiencia de ver a las enfermeras cuidar de mi tía enferma me generó fascinación hacia el trabajo enfermero», comentó Pender (comunicación personal, 6 de mayo de 2004). Esta experiencia y su formación posterior introdujeron en ella el deseo de cuidar de los demás y condicionaron su idea de que el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a cuidar de ellas mismas. Pender contribuye al

conocimiento enfermero de la promoción de la salud mediante sus investigaciones, docencia, presentaciones y escritos.

Pender nació el 16 de agosto de 1941, en Lansing, Míchigan. Fue hija única en una familia que defendía la formación femenina. Este ánimo familiar la llevó a diplomarse en Enfermería en la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital en Oak Park, Illinois. Eligió esta facultad por su relación con el Wheaton College y su sólida base cristiana. Recibió el diploma en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica y posteriormente en la unidad pediátrica de un hospital de Míchigan (Pender, comunicación personal, 6 de mayo de 2004).

En 1964, Pender se licenció en enfermería en la Michigan State University. Debe a Helen Penhale, ayudante del decano, su contribución a diseñar el programa que permitió sus opciones de ampliar los estudios. Como era frecuente en los años sesenta, fue modificando su percepción de la enfermería conforme obtenía más títulos de graduado. Obtuvo un grado de máster en Crecimiento y Desarrollo Humano en la Michigan State University en 1965. «El máster en Crecimiento y Desarrollo condicionó mi interés por la salud a lo largo de toda la vida humana. Esta base contribuyó a la formación de un programa de investigación para niños y adolescentes», afirmó Pender. Completó el doctorado en Psicología y Educación en 1969 en la Northwestern University. Su tesis (1970) analizaba los cambios que se producen durante el desarrollo en los procesos de codificación de la memoria a corto plazo en niños. Está agradecida al Dr. James Hall, asesor del programa doctoral, por «introducirme en la consideración de cómo piensan las personas y cómo dichos pensamientos motivan la conducta». Varios años después terminó un trabajo con nivel de máster en Enfermería de Salud Comunitaria en la Rush University (Pender, comunicación personal, 6 de mayo de 2004).

Tras obtener el doctorado, Pender describe un cambio de su pensamiento, que pasó a definir el objetivo del cuidado de enfermería como la salud óptima del individuo. Una serie de conversaciones mantenidas con la Dra. Beverly McElmurry de la Northern Illinois University y la lectura de *High-Level Wellness* de Halpert Dunn (1961) ampliaron sus nociones sobre la salud y la enfermería. Se casó con Albert Pender, profesor asociado de

Empresariales y Económicas, que ha colaborado con ella en artículos sobre la economía de la asistencia sanitaria, y el nacimiento de un hijo y una hija aumentó todavía más su motivación personal para aprender más sobre cómo optimizar la salud humana.

En 1975 Pender publicó «A Conceptual Model for Preventive Health Behavior» como base para estudiar cómo los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud en el contexto de enfermería. En este artículo se observó que los factores descritos en investigaciones previas influían sobre la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir la enfermedad. El modelo de promoción de la salud original de Pender fue presentado en la primera edición de su obra, *Health Promotion in Nursing Practice,* publicada en 1982. Las investigaciones posteriores permitieron revisar su modelo de promoción de la salud y presentarlo en una segunda edición en 1987 y otra tercera en 1996. La cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* tuvo como coautoras a Pender y a las Dras. Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons, y fue publicada en 2002; en 2006 se publicó la quinta edición.

En 1988, Pender et al. realizaron un estudio en la Northern Illinois University, DeKalb, financiado por los National Institutes of Health. Susan Walker, Karen Sechrist y Marilyn Frank-Stromborg analizaron la validez del modelo de promoción de la salud (Pender et al., 1988). Este equipo de investigación desarrolló el perfil de forma de vida promotor de la salud, un instrumento que se emplea para estudiar la conducta de fomento de la salud de los trabajadores adultos, los ancianos, los pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca y los pacientes oncológicos ambulatorios (Pender, Murdaugh y Parsons, 2002). Los resultados de estos estudios apoyaron el modelo de promoción de la salud (Pender, comunicación personal, 19 de julio de 2000). Posteriormente, más de 40 estudios analizaron la capacidad predictiva del modelo del estilo de vida para la promoción de la salud, el ejercicio, las prácticas nutricionales, el uso de protección auditiva y la evitación de la exposición ambiental al humo del tabaco (Pender, 1996; Pender, Murdaugh y Parsons, 2002).

Pender lideró el desarrollo de la investigación en enfermería en EE. UU. Su apoyo al National Center for Nursing Research dentro

de los National Institutes of Health resultó clave para su formación. Ha fomentado la actividad académica en enfermería mediante su participación en el Sigma Theta Tau International, como presidenta de la Midwest Nursing Research Society entre 1985 y 1987 y también como directora del Cabinet on Nursing Research de la American Nurses Association. Ha servido como fideicomisaria de la Midwest Nursing Research Society desde 2009 (Pender, n.d.). Incorporada como miembro de la American Academy of Nursing en 1981, fue presidenta de esta academia desde 1991 a 1993. En 1998 fue contratada por un período de 4 años por el grupo de trabajo de los U. S. Preventive Services, un panel independiente encargado de la evaluación de la evidencia científica y de la elaboración de recomendaciones para el servicio preventivo clínico específicas según la edad y el riesgo (Pender, n.d.).

Como líder en la formación en enfermería, la Dra. Pender orientó a muchos alumnos y tutorizó a otros. A lo largo de sus más de 40 años como educadora, facilitó el aprendizaje de los alumnos de grado, máster y doctorado. Ha tutorizado a una serie de adjuntos tras el doctorado. En 1988, la Facultad de Enfermería de la University of Michigan honró a Pender con el Premio Mae Edna Doyle por la excelencia en la docencia. Es profesora distinguida de la Facultad de Enfermería de la Loyola University de Chicago.

Acreedora de muchos premios y honores, la Dra. Pender ha sido una docente distinguida en algunas universidades. Recibió el doctorado *honoris causa* en la Widener University en 1992. En 1988 recibió el Premio a la Investigación Distinguida de la Midwest Nursing Research Society por sus aportaciones a la investigación y su liderazgo en este aspecto, y en 1997 recibió el Premio de la American Psychological Association por sus destacadas aportaciones a la enfermería y la psicología de la salud. Su ampliamente difundida obra, *Health Promotion in Nursing Practice* (Pender, Murdaugh y Parsons, 2002), recibió el Premio del Libro del Año de la American Nurses Association por su aportación a la enfermería en salud comunitaria (Pender, n.d.).

Pender fue decana asociada para la investigación en la Facultad de Enfermería de la University of Michigan entre 1990 y 2001. Desde este puesto, facilitó la financiación externa para la investigación universitaria, apoyó a centros emergentes de

excelencia en investigación dentro de la Facultad de Enfermería, fomentó la investigación interdisciplinaria, fomentó la traducción de la investigación a la práctica basada en la ciencia y vinculó la investigación enfermera con el planteamiento de políticas sanitarias (Pender, n.d.). El centro de investigación sobre la conducta sanitaria de los niños y adolescentes iniciado en la University of Michigan en 1991 representa el esfuerzo de Pender por construir un gran equipo investigador multidisciplinario para estudiar e influir sobre las conductas promotoras de la salud de los individuos mediante la comprensión de cómo se establecieron dichas conductas en la juventud (Pender, comunicación personal, 24 de mayo de 2000). Su programa de investigación se centra en dos focos principales: 1) comprender cómo la autoeficacia condiciona las respuestas de agotamiento y afectiva (afecto relacionado con la actividad) de las niñas adolescentes antes la actividad física, y 2) desarrollar un programa de ordenador interactivo como intervención para aumentar el grado de actividad física en las niñas adolescentes. El diseño de una intervención informatizada para el asesoramiento en la actividad física en niñas adolescentes fue un programa de investigación liderado por la Dra. Lorraine Robbins (Robbins et al., 2006).

Pender ha publicado numerosos artículos sobre ejercicio, cambio de conducta y entrenamiento en relajación como aspectos de la promoción de la salud, y ha participado en los equipos editoriales y como editora de revistas y libros. Pender es reconocida como docente, conferenciante y consultora en promoción de la salud. Ha colaborado con enfermeras científicas en Japón, Corea, México, Tailandia, República Dominicana, Jamaica, Inglaterra, Nueva Zelanda y Chile (Pender, Murdaugh y Parsons, 2006). Su libro se ha traducido al japonés y el coreano (Pender, 1997a, 1997b). Pender sigue influyendo en la profesión enfermera gracias a su liderazgo como consultora de centros de investigación y la realización de consultas docentes (Pender, n.d.). Como líder reconocida nacional e internacionalmente, Pender participa como ponente en conferencias y seminarios. Colabora con el editor del *American Journal of Health Promotion,* apoyando una legislación que subvencione las investigaciones sobre la promoción de la salud (Pender, comunicación personal, 6 de mayo de 2004).

Entre los planes de Pender figuran viajes para ofrecer consultas y conferencias. Realiza algunas tareas docentes en la formación de grado, como cursos sobre las teorías de la enfermería y la escritura científica, como profesora distinguida de la Loyola University de Chicago (Pender, comunicación personal, 27 de febrero de 2008). Mediante correos electrónicos, ofrece orientación en programas de investigación universitaria.

Fuentes teóricas

La base que Pender tenía en enfermería, desarrollo humano, psicología experimental y educación le llevó a emplear una perspectiva holística de la enfermería, la psicología social y la teoría del aprendizaje, como base para el modelo de promoción de la salud. El modelo de promoción de la salud (fig. 21.1) integra varios constructos. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977) es clave en el modelo de promoción de la salud; esta teoría postula la importancia del proceso cognitivo para la modificación de la conducta. La teoría del aprendizaje social, que actualmente se denomina *teoría cognitiva social,* incluye las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es un constructo central del modelo de promoción de la salud (Pender, 1996; Pender, Murdaugh y Parsons, 2002). El modelo del valor esperado de la motivación humana descrito por Feather (1982) propone que la conducta es racional y económica, y también fue importante para el desarrollo del modelo.

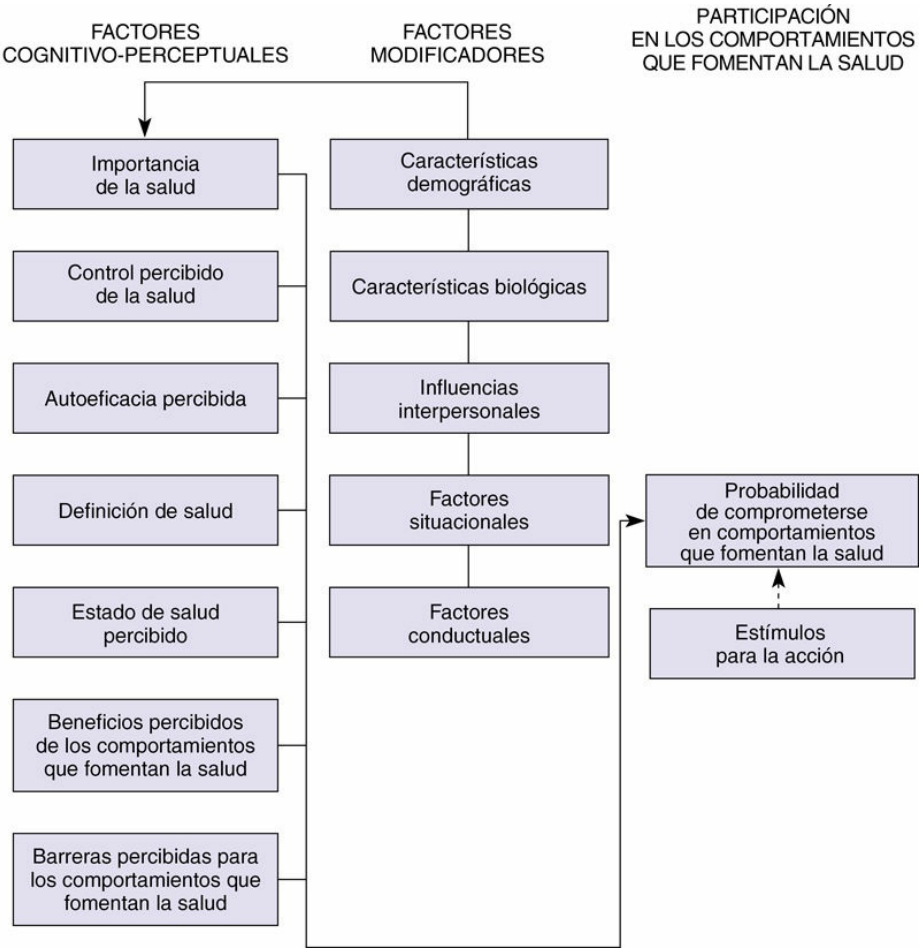


FIGURA 21.1 Modelo de promoción de la salud. (Tomado de Pender, N. J. [1987]. *Health promotion in nursing practice* [2nd ed., p. 58]. New York: Appleton & Lange. Copyright Pearson Education, Upper Saddle River, NJ.)

La construcción del modelo de promoción de la salud es parecida a la del modelo de creencia en la salud (Becker, 1974), que explica las conductas de prevención de la enfermedad; sin embargo, el modelo de promoción de la salud se diferencia del de creencia en la salud en que no incluye el temor o las amenazas como fuente de motivación para la conducta de salud. El modelo de promoción de la salud se amplía para incorporar conductas orientadas a mejorar la salud y las aplica a lo largo de toda la vida (Pender, 1996; Pender, Murdaugh y Parsons, 2002).

Principales conceptos y definiciones

Los principales conceptos y definiciones que se presentan a continuación se encuentran en el modelo de promoción de la salud

revisado (Pender et al., 2006).

Conducta relacionada previa

La conducta relacionada previa alude a la frecuencia de comportamientos iguales o parecidos en el pasado. Esto tiene efectos directos e indirectos sobre la probabilidad de que el paciente adopte conductas que fomenten la salud.

Factores personales

Los factores personales se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictores de una conducta determinada y vienen modulados por la naturaleza del comportamiento diana que se esté planteando.

Factores biológicos personales

Dentro de los factores biológicos personales se incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado puberal, la menopausia, la capacidad aeróbica, la potencia, la agilidad y el equilibrio.

Factores psicológicos personales

Los factores psicológicos personales incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud.

Factores socioculturales personales

Algunos factores socioculturales son la raza, la etnia, la aculturación, la educación y el estado socioeconómico.

Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta

Los siguientes son aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta a los que se atribuye una importancia mayor a nivel de la motivación; estas variables se pueden modificar mediante las acciones enfermeras (Pender, 1996).

Beneficios percibidos de la acción

Los beneficios percibidos de la acción son resultados positivos anticipados de una conducta de salud.

Barreras percibidas para la acción

Las barreras percibidas para la acción son bloqueos anticipados, imaginados o reales, y los costes personales de asumir una conducta determinada.

Autoeficacia percibida

La autoeficacia percibida es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta de promoción de la salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras percibidas para la acción, de forma que una eficacia más alta determina una menor percepción de las barreras para conseguir realizar la conducta.

Afecto relacionado con la actividad

El afecto relacionado con la actividad describe los sentimientos subjetivos positivos o negativos que se producen antes, durante o después de una conducta, y que se basan en las propiedades de estímulo de la conducta en sí misma. El afecto relacionado con la actividad influye sobre la autoeficacia percibida, lo que implica que, cuanto más positivo sea el sentimiento subjetivo, mayor será la sensación de eficacia. A su vez, el aumento del sentimiento de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

Influencias interpersonales

Estas influencias son aspectos cognitivos relacionados con las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de personas significativas), apoyo social (estimulación instrumental y emocional) y modelado (aprendizaje vicario mediante la observación de otras personas que practican una conducta determinada). Las principales fuentes de estas influencias interpersonales son las familias, los compañeros/amigos y los profesionales sanitarios.

Influencias situacionales

Las influencias situacionales son percepciones y aspectos cognitivos personales ante una determinada situación o contexto y que pueden facilitar o dificultar un comportamiento. Incluyen percepciones de las opciones disponibles, características exigidas y rasgos estéticos del entorno en el cual se plantea realizar una conducta promotora de la salud determinada. Las influencias

situacionales pueden condicionar la conducta de salud de forma directa o indirecta.

Antecedentes inmediatos de la conducta y de los resultados de la misma

Los siguientes son los antecedentes inmediatos de la conducta o los resultados de la misma. Una conducta se inicia mediante un compromiso para la acción salvo que exista una exigencia contraria que no se pueda evitar o una preferencia competidora que no sea posible resistir (Pender, comunicación personal, 19 de julio de 2000).

Compromiso con un plan de acción

Este compromiso describe el concepto de intención e identificación de una estrategia planificada, que conduce a la aplicación de una conducta de salud.

Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata

Las exigencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos tienen un bajo control, por la existencia de contingencias ambientales, como las responsabilidades de trabajo o cuidado familiar. Las preferencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos ejercen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para un tentempié.

Conducta de promoción de la salud

Una conducta de promoción de la salud es un resultado o consecuencia de una acción orientada a conseguir un efecto positivo sobre la salud, como un bienestar óptimo, la satisfacción personal o una vida productiva. Los ejemplos de conductas de promoción de la salud son la ingesta de una dieta saludable, la práctica regular de ejercicio, el control del estrés, el logro de un reposo y crecimiento espiritual adecuado, y la formación de relaciones positivas.

Uso de datos empíricos

El modelo de promoción de la salud, que se muestra en la figura 21.1, sirvió como marco de referencia para la investigación orientada a predecir las formas de vida que promocionan la salud de forma global y las conductas específicas, como el ejercicio o el uso de protección auditiva (Pender, 1987). Pender et al. realizaron un programa de investigación financiado por el National Institute of Nursing Research para valorar el modelo de promoción de la salud en las siguientes poblaciones: 1) adultos trabajadores; 2) ancianos en la comunidad; 3) pacientes oncológicos ambulatorios, y 4) pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca. Estos estudios valoraron la validez del modelo de promoción de la salud (Pender, comunicación personal, 24 de mayo de 2000). En la edición de 1996 de *Health Promotion in Nursing Practice* (Pender, 1996) se incluye un resumen de los hallazgos de estudios previos. Otros estudios que han evaluado este modelo se comentan en la quinta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* (Pender, Murdaugh y Parsons, 2006). La quinta edición enfatiza el modelo de promoción de la salud aplicado a poblaciones vulnerables diversas y su utilidad en la práctica basada en la evidencia.

Los motivos que llevaron a revisar el modelo de promoción de la salud procedieron de la investigación. El proceso de refinar el modelo de promoción de la salud publicado en 1987 permitió introducir varios cambios en el mismo (Pender, 1996) (v. fig. 21.1).

En primer lugar, se eliminó la importancia de la salud, el control percibido de la acción y los estímulos para la acción. En segundo lugar se recolocó la definición de salud, el estado de salud percibido, y las características biológicas y demográficas como factores personales en la revisión del modelo de 1996 (Pender, 1996) y en la cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* (Pender, Murdaugh y Parsons, 2002) (fig. 21.2). En tercer lugar, el modelo de promoción de la salud revisado (v. fig. 21.2) añadió tres nuevas variables, que influían en que un individuo iniciara una conducta de promoción de la salud (Pender, 1996):

- Afecto relacionado con la actividad.
- Compromiso con un plan de acción.
- Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata.

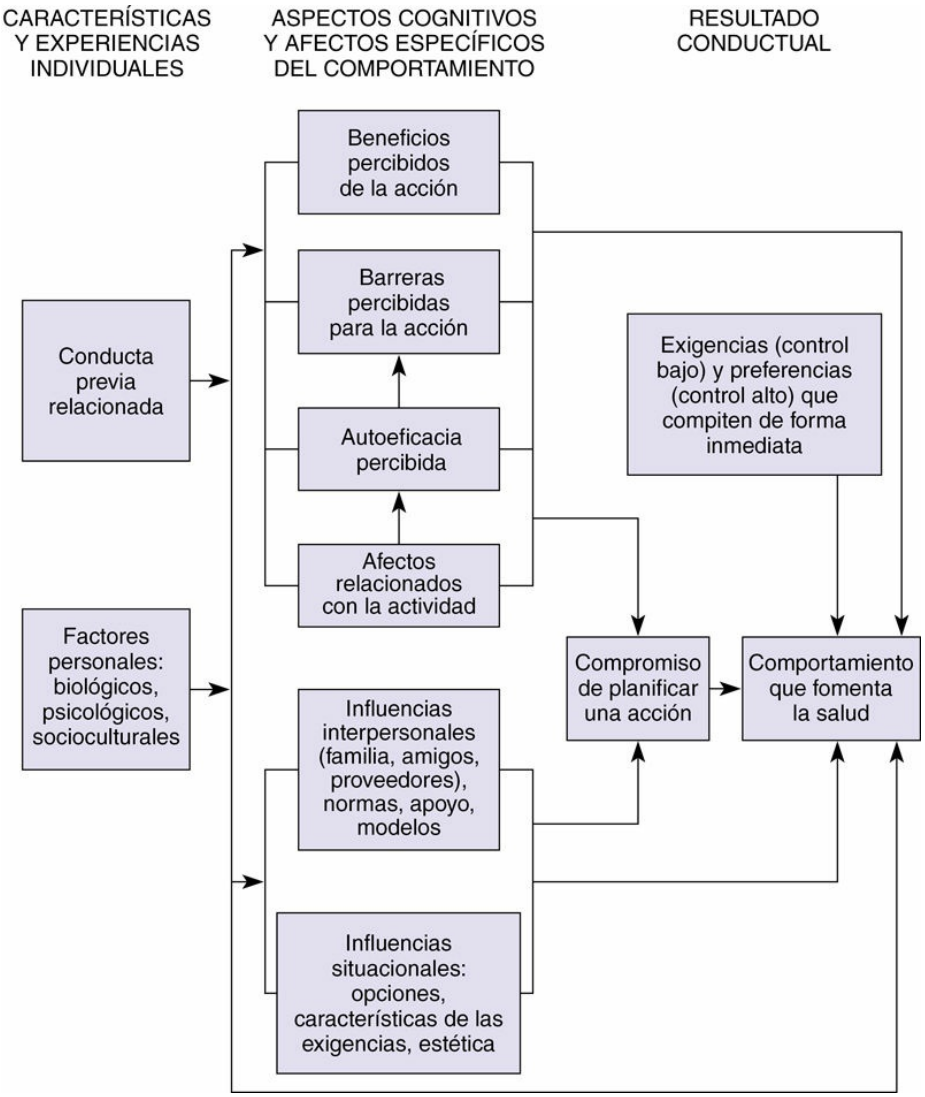


FIGURA 21.2 Modelo de promoción de la salud revisado. (Tomado de Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. [2002]. *Health promotion in nursing practice* 4th Ed., ©2002. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., New York, New York.)

El modelo de promoción de la salud revisado se centra en 10 categorías de determinantes de las conductas de promoción de la salud. El modelo revisado identifica conceptos importantes para las conductas de promoción de la salud y facilita la generación de hipótesis analizables (Pender, Murdaugh y Parsons, 2002).

El modelo de promoción de la salud aporta un paradigma para el desarrollo de los instrumentos. La escala Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) y la Exercise Benefits-Barriers Scale (EBBS) son dos ejemplos.* Estos instrumentos sirven para comprobar el modelo y apoyar el posterior desarrollo del modelo.

El objetivo del instrumento HPLP es medir el estilo de vida de

promoción de la salud (Pender, 1996). El HPLP-II es una revisión del instrumento original para la investigación.[†] Este instrumento de 52 aspectos con cuatro puntos de tipo Likert tiene seis subescalas: 1) responsabilidad en la salud; 2) actividad física; 3) nutrición; 4) relaciones interpersonales; 5) crecimiento espiritual, y 6) manejo del estrés. Se puede calcular la media para cada subescala o calcular una media total para reflejar un estilo de vida general promotor de la salud (Walker, Sechrist y Pender, 1987). Este instrumento valora la forma de vida que promociona la salud de los individuos, y las enfermeras lo usan en clínica para dar apoyo y formación a los pacientes.

El modelo de promoción de la salud identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de la salud. La EBBS mide los factores cognitivos y perceptuales de los beneficios percibidos y las barreras percibidas para realizar ejercicio (Sechrist, Walker y Pender, 1987). El instrumento de 43 aspectos, con cuatro puntos de tipo Likert, consiste en una escala de beneficios con 29 aspectos y una escala de barreras con 14, que pueden evaluarse de forma separada o conjunta. Cuanto más alta sea la puntuación global en el instrumento de 43 aspectos, más positiva será la percepción por parte del paciente de los beneficios de hacer ejercicio frente a las barreras para hacerlo (Sechrist, Walker y Pender, 1987). La EBBS resulta útil en clínica para evaluar las percepciones frente al ejercicio.

Principales premisas

Las asunciones reflejan la perspectiva de las ciencias conductuales y resaltan el papel activo del paciente en el manejo de las conductas de salud mediante la modificación del contexto ambiental. En la tercera edición de *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1996) afirmaba que las principales asunciones del modelo de promoción de la salud que evalúan la persona, el entorno y la salud son las siguientes:

1. Las personas tratan de generar condiciones de vida que les permitan expresar su potencial de salud humana único.

2. Las personas tienen capacidad de autoconciencia reflexiva, incluida la evaluación de sus propias competencias.
3. El valor de las personas crece en las direcciones consideradas positivas y trata de conseguir un equilibrio aceptable a nivel personal entre cambio y estabilidad.
4. Los individuos tratan de regular de forma activa su propio comportamiento.
5. Los individuos interactúan con el entorno en toda su complejidad biopsicosocial, transformándolo de forma progresiva y transformándose a su vez con el tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que influye sobre las personas durante toda su vida.
7. La reconfiguración autoiniciada de los patrones interactivos persona-entorno es esencial para conseguir un cambio de conducta (págs. 54-55).

Fundamentos teóricos

El modelo refleja las múltiples facetas de la naturaleza de las personas que interactúan con el entorno cuando buscan su salud. El modelo de promoción de la salud tiene un enfoque orientado por competencias o abordajes (Pender, 1996). La promoción de la salud se motiva por el deseo de fomentar el bienestar y actualizar el potencial humano (Pender, 1996). En su primera obra, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1982) analiza los complejos procesos biopsicosociales que mueven a los individuos a implicarse en conductas orientadas a mejorar su salud. En la cuarta edición de esta obra aparecieron 14 afirmaciones teóricas derivadas del modelo (Pender, Murdaugh y Parsons, 2002):

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas condicionan las creencias y afectos y posibilitan la conducta de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas de las que anticipen obtener beneficios a los que den valor personalmente.
3. Las barreras percibidas pueden limitar el compromiso de

acción, el mediador de la conducta y la propia conducta.

4. La competencia o autoeficacia percibida para poder realizar una conducta determinada aumenta la probabilidad de compromiso de acción y la realización real de la conducta.
5. Una mayor autoeficacia percibida se asocia a un menor número de barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta se asocia a una mayor autoeficacia percibida, lo que a su vez puede traducirse en un aumento de los afectos positivos.
7. Cuando las emociones o afectos positivos se asocian a una conducta, la probabilidad de compromiso y acción aumentan.
8. Es más probable que las personas se comprometan y sigan conductas de promoción de la salud cuando otras personas significativas modelan esta conducta, esperan que esta se siga, y apoyan y fomentan que esta llegue a producirse.
9. Las familias, los amigos y los profesionales sanitarios son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden aumentar o reducir el compromiso y la participación en la conducta de promoción de la salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden aumentar o reducir el compromiso o la participación en las conductas de promoción de la salud.
11. Cuanto mayor sea el compromiso con un plan de acción específico, más probabilidad habrá de que las conductas de promoción de la salud se mantengan con el tiempo.
12. Existe menos probabilidad de que un compromiso con el plan de acción consiga traducirse en la conducta deseada cuando las exigencias que entran en competencia sobre las cuales las personas tienen poco control necesitan una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso con un plan de acción se traduzca en una conducta deseada cuando otras acciones resultan más atractivas y se prefieren sobre la conducta diana.
14. Las personas pueden modificar sus aspectos cognitivos, sus afectos y sus entornos interpersonal y físico para crear

incentivos para las acciones de salud (págs. 63-64).

Planteamiento lógico

El modelo de promoción de la salud se formuló mediante la inducción usando las investigaciones disponibles para generar un patrón de conocimientos sobre la conducta de salud. El modelo de promoción de la salud es un modelo conceptual a partir del cual se pueden desarrollar teorías de nivel medio. Se formuló con la intención de integrar lo que se sabe sobre las conductas de promoción de la salud y generar preguntas que obligan a hacer más estudios. Este modelo ilustra cómo un marco de investigación previo se ajusta y permite manejar los conceptos para estudios posteriores.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

El bienestar como especialidad de enfermería ha adquirido mayor importancia, y la práctica clínica actual ajustada al arte incluye la formación en promoción de la salud. Los profesionales enfermeros consideran que el modelo de promoción de la salud es importante, porque se aplica durante toda la vida y resulta útil en diversas situaciones (Pender, 1996; Pender, Murdaugh y Parsons, 2002). El modelo se aplica a la formación de colaboraciones en la comunidad mediante la consideración del contexto ambiental, y se extiende a la promoción global de la salud (Pender, Murdaugh y Parsons, 2010).

El interés clínico en las conductas saludables representa una desviación filosófica que pone énfasis más en la calidad de vida que en la salvación de la vida. Además, la sociedad sufre cargas económicas, humanas y ambientales cuando los individuos no participan en la prevención y la promoción de la salud. El modelo de promoción de la salud aporta una solución de enfermería a la política sanitaria y la reforma sanitaria aportando un medio para comprender cómo se puede motivar a los pacientes a conseguir su

salud personal. La utilidad de este modelo en la práctica clínica viene ilustrada por Valek, Greenwald y Lewis (2016), que aplicaron el modelo de promoción de la salud para el desarrollo de una intervención que permita a los médicos monitorizar los factores psicológicos asociados al mantenimiento de la pérdida de peso en los pacientes.

Formación

El modelo de promoción de la salud se usa de forma generalizada en la formación de grado y cada vez más en la formación de Enfermería de pregrado dentro de EE. UU. (Pender, comunicación personal, 24 de mayo de 2000). En el pasado, la promoción de la salud se situaba por detrás del cuidado de la enfermedad, porque la formación clínica se realizaba principalmente en cuidados agudos (Pender et al., 1992). El modelo de promoción de la salud se incorpora cada vez en el currículo de Enfermería como uno de los aspectos de la evaluación de la salud, la enfermería en salud comunitaria y los cursos centrados en el bienestar (N. Pender, comunicación personal, 24 de mayo de 2000). Cada vez se están realizando más esfuerzos internacionales en distintos países para integrar el modelo de promoción de la salud en el currículo de Enfermería (Pender, comunicación personal, 6 de mayo de 2004; Pender, Murdaugh y Parsons, 2002).

Investigación

El modelo de promoción de la salud es una herramienta para la investigación. La investigación de Pender y otros investigadores ha analizado y confirmado la precisión empírica de este modelo. El perfil de estilo de vida que promociona la salud, derivado del modelo, sirve como definición operativa para las conductas de promoción de la salud. Derivado de este perfil de estilo de vida que promociona la salud, el perfil de estilo de vida de los adolescentes demuestra que el modelo de promoción de la salud es adaptable a todos los momentos de la vida (Hendricks, Murdaugh y Pender, 2006). El modelo de promoción de la salud tiene aplicaciones que ponen de manifiesto la importancia de la evaluación de los factores que se consideran implicados en los

cambios de conducta de salud. Wilk et al. (2013) analizaron los patrones de sudoración en las niñas puberales durante el ejercicio, y Bryer, Cherkis y Raman (2013) realizaron una encuesta sobre las conductas de salud de las estudiantes de pregrado de Enfermería. Sería adecuado realizar más estudios de investigación para valorar el contexto ambiental y ampliar su aplicación para generar estrategias de promoción de la salud globales.

Evolución

Se sigue refinando el modelo (Pender, Murdaugh y Parsons, 2010) y se sigue analizando su capacidad de explicar las relaciones entre los factores que parecen condicionar los cambios en una amplia gama de conductas de salud. Actualmente existe suficiente apoyo empírico para las variables del modelo en algunas conductas, lo que permite diseñar y realizar estudios de intervención para analizar las intervenciones de enfermería basadas en el mismo.

Lusk et al. (Lusk, Hong et al., 1999; Lusk, Kwee et al., 1999) utilizaron importantes predictores sobre el uso de protección auditiva en los trabajadores de la construcción derivados del modelo de promoción de la salud (autoeficacia, barreras, influencias interpersonales e influencias situacionales) para desarrollar un programa interactivo en vídeo para aumentar su uso. Este estudio multicéntrico y amplio demostró que la intervención aumentaba un 20% el uso de protección auditiva por parte de los trabajadores frente al grupo en el que no se intervino –lo que representa una mejora estadísticamente significativa respecto del nivel basal– (Lusk, Hong et al., 1999). Los estudios de intervención, como los realizados por Wilk et al. (2013) y Padden et al. (2013), y las aplicaciones prácticas, como la realizada por Valik et al. (2016), presentan el uso del modelo para generar y emplear ciencia enfermera. Por último, en estos últimos años se han impartido muchas conferencias (v. lista de conferencias en la bibliografía) basadas en el trabajo de Pender.

Crítica

Claridad

Las definiciones conceptuales aportan claridad y mejoran la comprensión de la complejidad de los fenómenos de conducta en salud. Los diagramas visuales ilustran con claridad estas relaciones (v. fig. 21.2).

Sencillez

El modelo de promoción de la salud se comprende con facilidad. Los factores de cada grupo están vinculados lógicamente y las relaciones quedan aclaradas en las afirmaciones teóricas. El conjunto de factores, que son influencias directas o indirectas, resultan evidentes en los diagramas visuales que muestran las asociaciones. Los factores parecen independientes, pero los grupos tienen un efecto interactivo que determina su acción.

Generalidad

El modelo tiene nivel medio. Es muy generalizable a poblaciones adultas. La investigación utilizada para generar el modelo se basó en hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, y enfermos y sanos. La agenda para la investigación prevé su aplicación en diversas situaciones. Un programa de investigación analizó la aplicabilidad del modelo a niños de 10 a 16 años (Robbins et al., 2006). Las consideraciones culturales y a la diversidad apoyan la evaluación del modelo en distintas poblaciones.

Accesibilidad

Pender et al. han apoyado mediante estudios empíricos que el modelo sirve como un marco de referencia para explicar la promoción de la salud. El perfil de estilo de vida que promociona la salud es un instrumento usado para valorar las conductas que promocionan la salud (Pender, Murdaugh y Parsons, 2006). El modelo sigue evolucionando gracias a programas de investigación planificados. Las investigaciones empíricas que se siguen realizando, sobre todo los estudios de intervención, permiten refinar todavía más el modelo. Los focos de investigación se siguen

centrando en las estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia y eficaces, que ayuden a los individuos en el contexto de su comunidad (Pender, Murdaugh y Parsons, 2010).

Importancia

Pender identificó la promoción de la salud como el objetivo para el siglo XXI, igual que la prevención de la enfermedad había sido clave en el XX. El modelo describe la interacción entre enfermeras y consumidores, al tiempo que plantea la participación del entorno en la promoción de la salud (Pender, Murdaugh y Parsons, 2010). Pender respondió al entorno político, social y personal de su época para clarificar el papel de las enfermeras en la realización de servicios de promoción de la salud para las personas de todas las edades. El modelo potencia la consideración de oportunidades futuras y condiciona el uso de avances tecnológicos, como la historia clínica electrónica, como medio de conseguir la prevención y la promoción de la salud (Pender, Murdaugh y Parsons, 2010).

Resumen

Conseguir una mayor responsabilidad y grado de implicación en las prácticas de salud personal exige el apoyo de la profesión de enfermería mediante el desarrollo de la práctica basada en la evidencia. El modelo de promoción de la salud evolucionó a partir de un programa de investigación sustantivo y sigue aportando orientaciones para mejorar las prácticas de salud. El modelo orienta las investigaciones en diversas poblaciones. El liderazgo visionario de Pender sigue influyendo sobre la formación, la investigación y la política de promoción de la salud.

Caso clínico

Tomás, un graduado de 26 años de origen cubano, acude al consultorio de la facultad para comentar el problema de peso que percibe. Le dice que quiere tener más aspecto de ejecutivo y quiere tener más energía. Dice que está cansado de verse la tripa protruir por encima del cinturón. En la exploración física se observa que Tomás mide 1,80 m y pesa 120 kg, además de padecer una ligera hipertensión (132/90 mmHg). Su madre tiene antecedentes de

diabetes mellitus y le dice que su familia tiene hipertensión. Su padre de 64 años sufrió un ataque cardíaco hace 1 año. El electrocardiograma del paciente muestra ritmo sinusal normal. No fuma. Dice que tiene un alto nivel de estrés, porque se encuentra trabajando en el doctorado. Tomás sale para realizarse una serie de análisis y queda en volver a la semana siguiente. Usted empieza a hacer algunos planes preliminares.

El análisis de este caso le permitirá ilustrar el proceso de pensamiento crítico dentro del modelo de promoción de la salud para la atención de Tomás:

1. ¿Qué recursos de Internet adecuados al estado del conocimiento científico podría usar para planificar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud?
    - La Agency for Healthcare Research and Quality publica una «Guía para los servicios preventivos clínicos», en la que se recogen las recomendaciones más recientes sobre intervenciones preventivas: pruebas de detección selectiva, asesoramiento, vacunaciones y regímenes farmacológicos para más de 80 trastornos. En la página web (http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm) se recogen unas pruebas de detección selectiva periódicas específicas para la edad que se basan en el sexo y los factores de riesgo individuales. La sección dedicada al consumidor ofrece archivos descargables.
    - *Healthy People 2020* incluye un conjunto exhaustivo de objetivos para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud desarrollados para mejorar la salud de todas las personas residentes en EE. UU. durante la primera década del siglo XXI (http://www.healthypeople.gov).
    - La página web del Department of Health and Human Services estadounidense contiene información sobre seguridad, bienestar y otros aspectos (http://www.hhs.gov). La información pertinente se puede encontrar en la categoría sobre

prevención.

2. ¿Cuáles fueron algunos de los datos emocionales y conductuales que le sugirieron que Tomás estaba preparado para un plan de pérdida de peso?
    - Tomás demostró autodirección, porque vino a la consulta por sí mismo.
    - Le dijo que quería parecerse más a un ejecutivo y quería tener más energía.
    - Afirmó estar harto de que le colgara la tripa por encima del cinturón.
    - Afirmó que tenía un nivel de estrés elevado.
3. A la hora de establecer un plan de cambio de conducta con Tomás, ¿cuáles son los factores interpersonales facilitadores y las posibles barreras frente al cambio?
    - Entre los aspectos *facilitadores* están la autodirección, la motivación por sus antecedentes familiares y el deseo de cambio.
    - Entre las *posibles barreras* están que los graduados pueden tener recursos económicos limitados, que el nivel de estrés es alto, y que Tomás puede pensar que tiene un tiempo limitado para la actividad física y posiblemente utilice la comida como mecanismo de afrontamiento (está indicada la evaluación adicional para validar las barreras).
4. Enumere algunas alternativas en el plan de modificación de la conducta que querría comentar con Tomás en la próxima consulta. En general, comente la dieta, la actividad física y el control del estrés.
    - Complete un contrato conductual como compromiso para planificar la acción. En este plan, establezca un objetivo de pérdida de peso a largo plazo y un objetivo de progreso a corto plazo.
    - Revise los tipos de alimentos que le gustan y valore sus preocupaciones dietéticas, si existen.
    - Comente las formas de aumentar la actividad física y las actividades que se plantea realizar, y establezca un calendario.
    - Derive al paciente a un entrenador físico del

campus.
- Analice el control del estrés.
- Establezca un seguimiento.
- Programe un control del peso cada semana.
- Comience un plan de recompensa-refuerzo.

Actividades de pensamiento crítico

1. Elija una conducta que promocione la salud que usted personalmente podría seguir, pero no lo hace. Identifique los factores, definidos en el modelo de promoción de la salud, que contribuyen a su decisión de no participar. Incluya alternativas que compitan de forma inmediata.
2. Analice los factores que contribuyen a su participación en una actividad de promoción de la salud y coloque cada factor debajo de la etiqueta adecuada del modelo de promoción de la salud.
3. Plantéese su propia filosofía de salud y prepare su descripción de bienestar. ¿Es la ausencia de enfermedad más prominente que las afirmaciones activas, positivas de salud?
4. Anticipe las conductas de promoción de la salud importantes en los distintos estadios de desarrollo a lo largo de la vida. ¿Qué temas de promoción de la salud incluye en su práctica?

Referencias para ampliar conocimientos

- Pender, N. J. (octubre de 1986). *Enhancing wellness through nursing research* (vídeo). Grabado en la Nursing Conference, del 16-17 de octubre, en Memphis, TN. Disponible a través de la Facultad de Enfermería de la University of Tennessee, Memphis.
- Pender, N. J. (mayor de 1989). *Expressing health through beliefs and actions* (vídeo). Grabado en directo en la Discovery International, Inc., durante la Nurse Theorist Conference, del 11-11 de mayo, en Pittsburgh. Disponible a través de Meetings International, Louisville, KY.
- Pender, N. J. (2008). *Portraits of excellence: The nurse theorists,*

vol. 2. Athens, Ohio: Fitne, Inc.

Bibliografía

Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*. 1977;84(2):191–215.

Becker MH. *The health belief model and personal behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1974.

Bryer J, Cherkis F, Raman J. Health-promotion behaviors of undergraduate nursing students: A survey analysis. *Nursing Education Perspectives*. 2013;34(6):410–415.

Dunn HL. *High-level wellness*. Arlington, VA: Beatty; 1961.

Feather NT. *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1982.

Hendricks C, Murdaugh C, Pender N. The adolescent lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses Association*. 2006;17(1):1–5.

Lusk SL, Hong OS, Ronis SL, Eakin BL, Kerr MJ, Early MR. Effectiveness of an intervention to increase construction worker's use of hearing protection. *Human Factors*. 1999;41(3):487–494.

Lusk SL, Kwee MJ, Ronis DL, Eakin BL. Applying the health promotion model to development of a worksite intervention. *American Journal of Health Promotion*. 1999;13(4):219–226.

Padden DL, Connors RA, Posey SM, Ricciardi R, Agazio JG. Factors influencing a health promoting lifestyle in spouses of active duty military. *Health Care for Women International*. 2013;34(8):674–693.

Pender NJ. A developmental study of conceptual, semantic differential, and acoustical dimensions as encoding categories in short-term memory (Doctoral dissertation, Northwestern University). *Dissertation Abstracts International, A*. 1970;30(10):4283.

Pender NJ. A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing Outlook*. 1975;23(6):385–390.

Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1982.

Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton & Lange; 1987.

Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1996.

Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1997: [Japanese translation].

Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1997: [Korean translation].

Pender, N.J.(n.d.). *Faculty-Staff profile, University of Michigan School of Nursing*. Retrieved from http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender.

Pender NJ, Baraukas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*. 1992;40(3):106–120.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2002.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall; 2006.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2010.

Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, Stromborg MF. Development and testing of the health promotion model. *Cardiovascular Nursing*. 1988;24(6):41–43.

Robbins LB, Gretebeck KA, Kazanis AS, Pender NJ. Girls on the Move program to increase physical activity participation. *Nursing Research*. 2006;55(3):206–216.

Sechrist KR, Walker SN, Pender NJ. Development and psychometric evaluation of the exercise/barriers scale. *Research in Nursing and Health*. 1987;10:357–365.

Valek RM, Greenwald BJ, Lewis CC. Psychological factors associated with weight loss maintenance. *Nursing Science Quarterly*. 2016;28(2):129–135.

Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987;36(2):76–80.

Wilk B, Pender N, Volterman K, Bar-Or O, Timmons BW. Influence of pubertal stage on local sweating patterns of girls exercising in the heat. *Pediatric Exercise Science*. 2013;25(2):212–220.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1982.

Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton

& Lange; 1987.

Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1996.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2006.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2010.

Capítulos de libros

Pender NJ. Health promotion and illness prevention. In: Werley H, Fitzpatrick J, eds. *Annual review of nursing research*. New York: Springer; 1984:83–105.

Pender NJ. Self modification. In: Bulechek G, McCloskey J, eds. *Interventions: Treatments for nursing diagnosis*. Philadelphia: Saunders; 1985:80–91.

Pender NJ. Health promotion: Implementing strategies. In: Logan B, Dawkins C, eds. *Family-centered nursing in the community*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1986:295–334.

Pender NJ. Health and health promotion: The conceptual dilemmas. In: Duffy ME, Pender NJ, eds. *Conceptual issues in health promotion: Report of proceedings of a wingspread conference*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 1987:7–23.

Pender NJ. Languaging a health perspective for NANDA taxonomy on research and theory. In: Carroll-Johnson RM, ed. *Classification of nursing diagnoses*. Philadelphia: Lippincott; 1989:31–36.

Pender NJ. The pursuit of happiness, stress, and health. In: Wald S, ed. *Community health nursing: Issues and topics*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1989:145–175.

Pender NJ, Motivation for physical activity among children and adolescents. Fitzpatrick J, Stevenson JS, eds. *Annual review of nursing research*, vol. 16. New York: Springer; 1998:139–172.

Pender NJ. Health promotion interventions for culturally diverse populations: Can we meet the challenge? In: Kunaviktikul W, ed. *Improving life through health promotion: Nurses making a difference*. Chaing Mai, Thailand: Chotana Press; 2004:11–26.

Pender NJ. A global agenda for health promotion. In: Kunaviktikul W, ed. *Toward success in health promotion*. Chaing Mai, Thailand: Chotana Press; 2005:11–23.

Pender NJ, Pender AR. Attitudes, subjective norms, and intentions to

engage in health behaviors. In: Tanner CA, ed. *Using nursing research*. New York: National League for Nursing; 1989:466–472: NLN Pub. No. 15-2232.

Pender NJ, Sallis J. Exercise counseling by health professionals. In: Dishman R, ed. *Exercise adherence*. 2nd ed Champaign, IL: Human Kinetics; 1995:213–235.

Pender NJ, Sallis J, Long BJ, Calfas KJ. Health care provider counseling to promote physical activity. In: Dishman RK, ed. *Advances in exercise adherence*. Champaign, IL: Human Kinetics; 1994:213–235.

Pender NJ, Stein KF. Social support, the self system and adolescent health and health behaviors. In: Hayman LL, Mahon MM, Turner JR, eds. *Health behavior in childhood and adolescence*. New York: Springer; 2002:37–66.

Artículos de revistas

Berg AO, Allan JD, Frame PS, Homer CJ, Johnson MS, Klein JD, et al. Newborn hearing screening: Recommendations and rationale. *American Journal of Nursing*. 2002;102(11):83–89.

Berg AO, Allan JD, Frame PS, Homer CJ, Lieu TA, Mulrow CD, U S Preventive Services Task Force. et al. Screening for chlamydia infection: Recommendations and rationale. U. S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Nursing*. 2002;102(10):87–92: discussion 93.

Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2002;137(3):E208–E215.

Frank-Stromborg M, Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR. Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science and Medicine*. 1990;31(10):1159–1168.

Garcia AW, Broda MAN, Frenn M, Coviak C, Pender NJ, Ronis DL. Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior. *Journal of School Health*. 1995;65(6):213–219.

Garcia AW, Broda MAN, Frenn M, Coviak C, Pender NJ, Ronis DL. Gender differences: Exercise beliefs among youth. *Reflections*. 1997;23(1):21–22.

Garcia AW, Pender NJ, Antonakos CL, Ronis DL. Changes in physical activity beliefs and behaviors of boys and girls across the transition to junior high school. *Journal of Adolescent Health*. 1998;5:394–402.

Hendricks C, Murdaugh C, Pender N. The adolescent lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses Association*. 2006;17(2):1–5.

Pender NJ. A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing Outlook*. 1975;23(6):385–390.

Pender NJ. Physiologic responses of clients with essential hypertension to progressive muscle relaxation training. *Research in Nursing and Health*. 1984;7:197–203.

Pender NJ. Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and health locus of control among hypertensive adults. *Research in Nursing and Health*. 1985;8:67–72.

Pender NJ. Research agenda: Identifying research ideas and priorities. *American Journal of Health Promotion*. 1988;2(4):42–51.

Pender NJ. Research agenda: The influences of health policy on an evolving research agenda. *American Journal of Health Promotion*. 1988;2(3):51–54.

Pender NJ. Health promotion in the workplace: Suggested directions for research. *American Journal of Health Promotion*. 1989;3(3):38–43.

Pender NJ. Expressing health through lifestyle patterns. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(3):115–122.

Pender NJ. Research agenda: A revised research agenda model. *American Journal of Health Promotion*. 1990;4(3):220–222.

Pender NJ. Making a difference in health policy. *Nursing Outlook*. 1992;40(3):104–105.

Pender NJ. The NIH strategic plan: How will it affect the future of nursing science and practice? *Nursing Outlook*. 1992;40(2):55–56.

Pender NJ. Reforming health care: Future direction. *Nursing Outlook*. 1992;40(1):8–9.

Pender NJ. Creating change through partnerships. *Nursing Outlook*. 1993;41(1):8–9.

Pender NJ. Health care reform: One view of the future. *Nursing Outlook*. 1993;41(2):56–57.

Pender NJ. Reaching out. *Nursing Outlook*. 1993;41(3):103–104.

Pender NJ, Barkaukas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*. 1992;40(3):106–112: 120.

Pender NJ, Bar-Or O, Wilk B, Mitchell S. Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nursing Research*. 2002;51(2):86–91.

Pender NJ, Pender AR. Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: Predicting potential consumers. *American Journal of Public Health*. 1980;70(8):798–803.

Pender NJ, Pender AR. Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research*. 1986;35(1):15–18.

Pender NJ, Sechrist KR, Stromborg M, Walker SN. Collaboration in

developing a research program grant. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1987;19(2):75–77.

Pignone MP, Ammerman A, Fernandez L, Orleans CT, Pender N, Woolf S, et al. Counseling to promote a healthy diet in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*. 2003;24(1):75–92.

Robbins LB, Gretebeck KA, Kazanis AS, Pender NJ. Girls on the Move program to increase physical activity participation. *Nursing Research*. 2006;55(3):206–216.

Robbins LB, Pender NJ, Conn VS, Frenn MD, Neuberger GB, Nies MA, et al. Physical activity research in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 2001;33(4):315–321.

Robbins LB, Pender NJ, Kazanis AS. Barriers to physical activity perceived by adolescent girls. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003;48(3):206–212.

Robbins LB, Pender NJ, Ronis DL, Kazanis AS, Pis MB. Physical activity, self-efficacy, and perceived exertion among adolescents. *Research in Nursing & Health*. 2004;27(6):435–446.

Robbins LB, Pis MB, Pender NJ, Kazanis AS. Exercise self-efficacy, enjoyment, and feeling states among adolescents. *Western Journal of Nursing Research*. 2004;26(7):699–715: discussion 716-621.

Robbins LB, Pis MB, Pender NJ, Kazanis AS. Physical activity self-definition among adolescents. *Research & Theory for Nursing Practice*. 2004;18(4):317–330.

Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the health promoting lifestyle profile. *Nursing Research*. 1990;39(5):268–273.

Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002;22(4):267–284.

Wu TY, Pender N. Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: An application of the health promotional model. *Research in Nursing & Health*. 2002;25(1):25–36.

Wu TY, Pender N, Yang KP. Promoting physical activity among Taiwanese and American adolescents. *Journal of Nursing Research*. 2002;10(1):57–64.

Wu TY, Ronis DL, Pender N, Jwo J. Development of questionnaires to measure physical activity cognitions among Taiwanese adolescents. *Preventive Medicine*. 2002;35(1):54–64.

Fuentes secundarias

Tesis doctorales

Alatrash, M.H. (2015). *Behaviors and views of three Arab American women subgroups regarding breast cancer screening: A comparative study. ProQuest Dissertations & Theses Global*. (UMI No. 3727060).

Anderson, J.K. (2008). *Predictors of health promoting behaviors and health-related quality of life in post myocardial infarction adults*. Doctoral dissertation. Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses A&I database. (UMI No. 304324280).

Baker, O.G. (2003). *Relationship of parental tobacco use, peer influence, self-esteem, and tobacco use among Yemeni American adolescents: Mid-range theory testing. Dissertation Abstracts International, 64–03B*, 1175. (University Microfilms No. AAT3086416.)

Browning, G.A. (2011). *Health promotion and the older rural adult*. Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global. (No. 3498672).

Costanzo, C. (2005). *Physical activity counseling intervention for women age 50–75 within the community*. University of Nebraska Medical Center. Retrieved from ProQuest Digital Dissertations database. (Publication No. AAT: 3165167).

Cyphers, N.A. (2015). *The relationship between religiosity and health-promoting behaviors of pregnant women at pregnancy resource centers*. Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global. (UMI No. 3724837.)

Davis, L. (2013). *The effects of cardiovascular education on knowledge and perceptions of self-efficacy to implement behavior change among African Americans in a church setting*. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (UMI No. 3568213.)

DouchandBrown, S.E. (2009). *Health promotion behaviors among African American women*. Doctoral dissertation. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses A&I*. (UMI No. 304929507.)

Easom, L.R. (2003). *Determinants of participation in health promotion activities in rural elderly caregivers. Dissertation Abstracts International, 64–02B*, 636. (University Microfilms No. AAT3081342.)

Edmonds, J.C. (2006). *The relationship of weight, body image, self-efficacy, and stress to health-promoting behaviors: A study of college educated African American women*. The Catholic University of America, Washington, D.C. Retrieved from *ProQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT 3214670.)

Espelin, J.M. (2010). *Substance abuse education for undergraduate nursing students: A target approach to program evaluations*. Doctoral Nursing Practice Thesis. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses A&I*. (UMI No. 759116956.)

Gabry, H. (2005). *Understanding the relationship between health behavior during*

pregnancy and health locus of control among Arab and non-Arab women to reduce high risk pregnancy. George Mason University, Washington, D.C. Retrieved from *ProQuest Digital Dissertations*. (Publication No. AAT 3167540.)

Gautam, B. (2011). *Factors predicting exercise behavior of graduate students*. Doctoral dissertation. *ProQuest Dissertations & Theses A&I database*. (UMI No. 3497803.)

Grund, F.J. (2013). *Predictors of health promoting lifestyles in baccalaureate nursing students*. *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (UMI No. 3588289).

Hagerstrom, G. (2010). *Personal factors, perceptions, influences and their relationship with adherence behaviors in patients with diabetes*. Doctoral dissertation. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses A&I database*. (UMI No. 3442416).

Haus, C.S. (2003). *Medication management strategies used by community-dwelling older adults living alone. Dissertation Abstracts International, 64–07B*, 3188. (University Microfilms No. AAT3097641.)

Hubbard, A.B. (2002). *The impact of curriculum design on health promoting behaviors at a community college in south Florida. Dissertation Abstracts International, 63–06*, 2112.

Hung, S.L. (2009). *The relationship of lifestyle behavior and occupational characteristics to selected health problems among truck drivers in Taiwan*. Doctoral dissertation. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses A&I database*. (UMI No. 3383206.)

Jadalla, A.A. (2007). *Acculturation, health, and health behaviors of adult Arab Americans*. Loma Linda University, California. Retrieved from *ProQuest Digital Dissertations*. (Publication No. AAT 3282707.)

Kalampakorn, S. (2000). *Stages of construction workers' use of hearing protection. Dissertation Abstracts International, 61–07B*, 3508.

Keegan, J.P. (2011). *Predictive ability of Pender's Health Promotion Model for physical activity and exercise participation for people with spinal cord injury: A hierarchical regression analysis*. Doctoral dissertation. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses A&I database*. (UMI No. 3488940.)

Khalil, K. (2014). *Factors affecting health promotion lifestyle behaviors among Arab American women*. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (UMI No. 3580965.)

Luther, C.H. (2003). *Living the coming of osteoporosis: Health promotion behaviors of women at risk for osteoporosis in Mississippi. Dissertation Abstracts International, 64–08B*, 3746. (University Microfilms No. AAT3101544.)

Nodine, P.M. (2011). *The contribution of physical activity to sleep parameters in*

pregnancy within the context of prepregnant body mass index. Doctoral dissertation. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses A&I database*. (UMI No. 3467224.)

Pichayapinyo, P. (2005). *The relationship of perceived benefits, perceived barriers, social support, and sense of mastery on adequacy of prenatal care for first-time Thai mothers*. The Catholic University of America, Washington, D.C. Retrieved from *ProQuest Digital Dissertations*. (Publication No. AAT 3169867.)

Politsky, S. (2013). *Relationships among self-care behaviors and professional quality of life in oncology nurses*. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses*. (UMI No. 3579580.)

Polsingchan, S. (2010). *Health-promoting behaviors in Thai persons with chronic renal failure*. Doctoral dissertation. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses A&I database*. (UMI No. 3446004.)

Putnam, K.F. (2008). *The relationship of inner strength and health promoting behaviors and their effect on quality of life in midlife women*. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (UMI No. 3345133.)

Sakraida, T.J. (2002). *Divorce transition, coping responses, and health promoting behavior of midlife women*. *Dissertation Abstracts International, 62–12B*, 5646. (University Microfilms No. AAT3037817.)

Sapp, C.J. (2003). *Adolescents with asthma: Effects of personal characteristics and health-promoting lifestyle behaviors on health-related quality of life*. *Dissertation Abstracts International, 64–05B*, 2131. (University Microfilms No. AAT3092071.)

Vitztum, C.M. (2015). *Physical activity in adolescents with orthopedic limitations: The use of human-animal interaction in the form of dog-walking*. Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (UMI No. 3741545).

Warner, K.D. (2000). *Health-related lifestyle behaviors of twins: Interpersonal and situational influences. Dissertation Abstracts International, 61–03B*, 1331.

Zamora, R.I. (2015). *Fall risks in an inpatient gero-psychiatric unit: Can they be predicted*? Retrieved from *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (UMI No. 3663265.)

Artículos de revistas

Agazio JG, Ephraim PM, Flaherty NB, Gurney CA. Health promotion in active-duty military women with children. *Women Health*. 2002;35(1):65–82.

Alaviani M, Khosravan S, Alami A, Moshki M. The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on Pender's Health Promotion Model to prevent loneliness of old women referred to

Gonabad urban health centers. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*. 2015;3(2):132–140.

Alkhalaileh MA, Khaled MHB, Baker OG, Bond EA. Pender's health promotion model: An integrative literature review. *Middle East Journal of Nursing*. 2011;5(5):12–22.

Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*. 2005;22(3):169–178.

Callaghan D. Basic conditioning factors' influences on adolescents' healthy behaviors, self-efficacy, and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2006;29(4):191–204.

Callaghan D. The influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and self-care in adults. *Journal of Holistic Nursing*. 2006;24(3):178–185.

Callaghan DM. The influence of spiritual growth on adolescents' initiative and responsibility for self-care. *Pediatric Nursing*. 2005;31(2):91–95.

Calvert WJ, Bucholz KK. Adolescent risky behaviors and alcohol use. *Western Journal of Nursing Research*. 2008;30(1):147–148.

Campbell M, Torrance C. Coronary angioplasty: Impact on risk factors and patients' understanding of the severity of their condition. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2005;22(4):26–31.

Canaval GE, Sãnchez MAN. Lifestyle and cancer prevention in female employees at a health institution. *Colombia Medica*. 2011;42(2):177–183.

Chen C, Kuo S, Chou Y, Chen H. Postpartum Taiwanese women: Their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(8):1550–1560.

Chen M, James K, Hsu L, Chang S, Huang L, Wang EK. Health-related behavior and adolescent mothers. *Public Health Nursing*. 2005;22(4):280–288.

Conway AE, McClune AJ, Nosel P. Down on the farm: Preventing farm accidents in children. *Pediatric Nursing*. 2007;33(1):45–48.

Costanzo C, Walker SN, Yates BC, McCabe B, Berg K. Physical activity counseling for older women. *Western Journal of Nursing Research*. 2006;28(7):786–810.

Daggett LM, Rigdon KL. A computer-assisted instructional program for teaching portion size versus serving size. *Journal of Community Health Nursing*. 2006;23(1):29–35.

Dehdari T, Rahimi T, Aryaeian N, Gohari MR. Effect of nutrition education intervention based on Pender's Health Promotion Model in improving the frequency and nutrient intake of breakfast consumption among female Iranian students. *Public Health Nutrition*. 2014;17(3):657–666.

Esperat C, Feng D, Zhang Y, Owen D. Health behaviors of low-income pregnant minority women. *Western Journal of Nursing Research*. 2007;29(3):284–300.

Esposito EM, Fitzpatrick JJ. Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise. *International Journal of Nursing Practice*. 2011;17(4):351–356.

Evio BD. The relationship between selected determinants of health behavior and lifestyle profile of older adults. *Philippine Journal of Nursing*. 2005;75(1):23–31.

Guarnero PA. Health promotion behaviors among a group of 18-29 year old gay and bisexual men. *Communicating Nursing Research*. 2006;39:298.

Guarnero PA. Staying healthy: How are young gay and bisexual men doing? *Communicating Nursing Research*. 2007;40:429.

Gusain S. Nursing and self-motivation for elderly. *Nursing Journal of India*. 2008;99(1):5–7.

Hacihasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and bmi in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(5/6):692–705.

Hageman PA, Walker SN, Pullen CH. Tailored versus standard internet-delivered interventions to promote physical activity in older women. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2005;28(1):28–33.

Hensley RD, Jones AK, Williams AG, Willsher LB, Cain PP. One-year clinical outcomes for Louisiana residents diagnosed with type 2 diabetes and hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005;17(9):363–369.

Ho AYK, Berggren I, Dahlborg-Lyckhage E. Diabetes empowerment related to Pender's health promotion model: A meta-synthesis. *Nursing & Health Sciences*. 2010;12(2):259–267.

Holstein P, Berg JA. Premenstrual symptoms and academic stress in rural college women. *Communicating Nursing Research*. 2007;40:540.

Huang T, Dai F. Weight retention predictors for Taiwanese women at six-month postpartum. *Journal of Nursing Research*. 2007;15(1):11–20.

Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*. 2002;18(2):101–111.

Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*. 2005;22(2):130–137.

Johnson RL, Nies MA. A qualitative perspective of barriers to health-promoting behaviors of African Americans. *ABNF Journal*. 2005;16(2):39–41.

Kaewthummanukul T, Brown KC, Weaver MT, Thomas RR. Predictors of exercise participation in female hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;54(6):663–675.

Lohse JL. A bicycle safety education program for parents of young children. *Journal of School Nursing*. 2003;19(2):100–110.

Lucas JA, Orshan SA, Cook F. Determinants of health-promoting behavior among women ages 65 and above living in the community. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 2000;14(1):77–100.

Maes C, Louis M. Advanced nurse practitioners and sexual history taking practices among older adults. *Communicating Nursing Research*. 2007;40:464.

McCullagh M, Lusk SL, Ronis DL. Factors influencing use of hearing protection among farmers: A test of the Pender health promotion model. *Nursing Research*. 2002;51(1):33–39.

McDonald PE, Brennan PF, Wykle ML. Perceived health status and health-promoting behaviors of African-American and white informal caregivers of impaired elders. *Journal of National Black Nurses' Association*. 2005;16(1):8–17.

McGrath JA, O'Malley M, Hendrix TJ. Group exercise mode and health-related quality of life among healthy adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(3):491–500.

McMurry TB. A comparison of pharmacological tobacco cessation relapse rates. *Journal of Community Health Nursing*. 2006;23(1):15–28.

Mendias EP, Paar DP. Perceptions of health and self-care learning needs of outpatients with HIV/AIDS. *Journal of Community Health Nursing*. 2007;24(1):49–64.

Milne JL, Moore KN. Factors impacting self-care for urinary incontinence. *Urologic Nursing*. 2006;26(1):41–51.

Montgomery KS. Health promotion with adolescents: Examining theoretical perspectives to guide research. *Research & Theory for Nursing Practice*. 2002;16(2):119–134.

Nies MA, Motyka CL. Factors contributing to women's ability to maintain a walking program. *Journal of Holistic Nursing*. 2006;24(1):7–14.

Olson AF, Berg JA. Theoretical foundations of promoting perimenopausal bone health. *Communicating Nursing Research*. 2006;39:279.

Piazza J, Conrad K, Wilbur J. Exercise behavior among female occupational health nurses. Influence of self-efficacy, perceived health control, and age. *AAOHN Journal*. 2001;49(2):79–86.

Ronis DL, Hong O, Lusk SL. Comparison of the original and revised structures of the health promotion model in predicting construction workers' use of hearing protection. *Research in Nursing & Health*.

2006;29(1):3–17.

Rothman NL, Lourie RJ, Brian D, Foley M. Temple Health Connection: A successful collaborative model of community-based primary health care. *Journal of Cultural Diversity*. 2005;12(4):145–151.

Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*. 2000;37(1):37–43.

Smith AB, Bashore L. The effect of clinic-based health promotion education on perceived health status and health promotion behaviors of adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2006;23(6):326–334.

Smith SA, Michel Y. A pilot study on the effects of aquatic exercises on discomforts of pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006;35(3):315–323.

Srof BJ, Velsor-Friedrich B. Health promotion in adolescents: A review of Pender's Health Promotion Model. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19(4):366–373.

Stark MA, Chase C, DeYoung A. Barriers to health promotion in community dwelling elders. *Journal of Community Health Nursing*. 2010;27(4):175–186: 112p.

Walker SN, Pullen CH, Hertzog M, Boeckner L, Hageman PA. Determinants of older rural women's activity and eating. *Western Journal of Nursing Research*. 2006;28(4):449–474.

Wilson M. Health-promoting behaviors of sheltered homeless women. *Family & Community Health*. 2005;28(1):51–63.

Artículos de revistas internacionales

Adeyemi AA, Jarad F, Pender N, Higham SM. Assessing the efficacy of denture cleaners with quantitative light-induced fluorescence (QLF). *European Journal of Prosthodontics & Restorative Dentistry*. 2007;15(4):165–170.

Garcia AW, Broda MA, Frenn M, Coviak C, Pender NJ, Ronis DL. Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior [Japanese translation]. *The Japanese Journal of Nursing Research*. 1997;30(3):51–61.

Kahawong W, Phancharoenworakul K, Khampalikit S, Taboonpong S, Chittchang U. Nutritional health-promoting behavior among women with hyperlipidemia. *Thai Journal of Nursing Research*. 2005;9(2):91–102.

Kemppainen J, Bomar PJ, Kikuchi K, Kanematsu Y, Ambo H, Noguchi K. Health promotion behaviors of residents with hypertension in Iwate, Japan and North Carolina, USA. *Japan Journal of Nursing Science*. 2011;8(1):20–32.

Kerr MJ, Lusk SL, Ronis DL. Explaining Mexican American worker's hearing protection use with the health promotion model. *Nursing Research*. 2002;51(2):100–109.

Kerr MJ, Savik K, Monsen KA, Lusk SL. Effectiveness of computer-based tailoring versus targeting to promote use of hearing protection. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2007;39(1):80–97.

Mafutha GN, Wright SCD. Compliance or non-compliance of hypertensive adults to hypertension management at three primary healthcare day clinics in Tshwane. *Curationis*. 2013;36(1):1–6.

Meethien N, Pothiban L, Ostwald SK, Sucamvang K, Panuthai S. Effectiveness of nutritional education in promoting healthy eating among elders in northeastern Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2011;15(3):188–201.

Mete S, Yenal K, Tokat MA, Serçekus P. Effects of vaginal douching education on Turkish women's vaginal douching practice. *Research & Theory for Nursing Practice*. 2012;26(1):41–53.

Mohamadian H, Eftekhar H, Rahimi A, Mohamad HT, Shojaiezade D, Montazeri A. Predicting health-related quality of life by using a health promotion model among Iranian adolescent girls: A structural equation modeling approach. *Nursing & Health Sciences*. 2011;13(2):141–148.

Morowatisharifabad MA, Shirazi KK. Determinants of oral health behaviors among preuniversity (12th-grade) students in Yazd (Iran): An application of the health promotion model. *Family & Community Health*. 2007;30(4):342–350.

Phuphaibul R, Leucha Y, Putwattana P, Nuntawan C, Tapsart C, Tachudhong A, et al. Health promoting behaviors of Thai adolescents, family health related lifestyles and parent modeling. *Thai Journal of Nursing Research*. 2005;9(1):28–37.

Pichayapinyo P, O'Brien ME, Duffy JR, Agazio J. The relationship of perceived benefits, perceived barriers, social support, and sense of mastery on adequacy of prenatal care for first-time Thai mothers. *Thai Journal of Nursing Research*. 2007;11(2):106–117.

Rezaei-Adaryani M, Rezaei-Adaryani M. Health-promoting lifestyle of a group of Iranian medical, nursing and allied health students. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(23/24):3587–3589.

Schlickau JM, Wilson ME. Breastfeeding as health-promoting behaviour for Hispanic women: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(2):200–210.

Shin KR, Kang Y, Park HJ, Cho MO, Heitkemper M. Testing and developing the health promotion model in low-income. *Korean elderly women. Nursing Science Quarterly*. 2008;21(2):173–178.

Shin Y, Jang H, Pender NJ. Psychometric evaluation of the Exercise Self-Efficacy Scale among Korean adults with chronic diseases. *Research in Nursing & Health*. 2001;24(1):68–76.

Shin Y, Pender NJ, Yun S. Using methodological triangulation for cultural verification of commitment to a plan for exercise scale among Korean adults with chronic diseases. *Research in Nursing & Health*. 2003;26(4):312–321.

Shin Y, Yun S, Pender NJ, Jang H. Test of the health promotion model as a causal model of commitment to a plan for exercise among Korean adults with chronic disease. *Research in Nursing & Health*. 2005;28(2):117–125.

Shin YH, Hur HK, Pender NJ, Jang HJ, Kim M. Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(1):3–10.

Vakili M, Rahaei Z, Nadrian H, YarMohammadi P. Determinants of oral health behaviors among high school students in Shahrekord, Iran based on Health Promotion Model. *Journal of Dental Hygiene*. 2011;85(1):39–48.

Victor JF, de Oliveira Lopes MV, Ximenes LB. Analysis of diagram the health promotion model of Nola J. Pender [Portuguese]. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2005;18(3):235–240.

Wang HH. A comparison of two models of health-promoting lifestyle in rural elderly Taiwanese women. *Public Health Nursing*. 2001;18(3):204–211.

Wang W, Wang C, Tung Y, Peng J. Factors influencing adolescent second-hand smoke avoidance behavior from the perspective of Pender's health promotion model [Chinese]. *Journal of Evidence-Based Nursing*. 2007;3(4):280–288.

Waring DT, Pender N, Counihan D. Mandibular arch changes following nonextraction treatment. *Australian Orthodontic Journal*. 2005;21(2):111–116.

Wu TY, Pender N. A panel study of physical activity in Taiwanese youth: Testing the revised health-promotion model. *Family & Community Health*. 2005;28(2):113–124.

Wu TY, Pender N, Noureddine S. Gender differences in the psychosocial and cognitive correlates of physical activity among Taiwanese adolescents: A structural equation modeling approach. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2003;10(2):93–105.

[*] Autora anterior: Lucy Anne Tillett. La autora desea agradecer a Nola J. Pender que haya revisado este capítulo.

[*] Es posible obtener la EBBS en el Health Promotion Research Program, del Social

Science Research Institute, de la Northern Illinois University, DeKalb, IL 60115.

† Se puede obtener el HPLP-II a través del perfil de personal docente de la Dra. Susan Noble Walker, EdD, RN, de la Facultad de Enfermería del University of Nebraska Medical Center. Se puede descargar el vínculo en http://app1.unmc.edu/nursing/conweb/FSDirectory_Emeriti.cfm.

22

Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales

Marilyn R. McFarland

«El cuidado es la esencia de la enfermería y un centro de atención característico, dominante, básico y unificador.»
Madeleine Leininger (Leininger y McFarland, 2002, pág. 192)

Madeleine M. Leininger
(1927-2012)

Acreditaciones y antecedentes

Madeleine M. Leininger, fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados humanos y de la enfermería transcultural, fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en Enfermería que obtuvo un doctorado en Antropología cultural y social. Nació en Sutton, Nebraska, y comenzó su carrera como enfermera después de haberse graduado en la St. Anthony's School of Nursing de Denver (Colorado). En 1950 obtuvo una diplomatura en biología en el Benedictine College de Atchison, Kansas, donde cursó estudios de Filosofía y

Humanidades. Tras licenciarse trabajó como instructora, enfermera de plantilla y supervisora en una unidad médico-quirúrgica, y abrió una unidad de psiquiatría cuando era directora del servicio de enfermería del St. Joseph's Hospital de Omaha, Nebraska. Durante ese período, continuó su formación realizando estudios avanzados en Enfermería, Administración, Enseñanza y programas de estudio de Enfermería, y pruebas y mediciones en el Mount St. Scholastica College de Atchison, Kansas, y en la Creighton University de Omaha, Nebraska.

En 1954 obtuvo un máster en Enfermería Psiquiátrica en la Catholic University of America en Washington D. C. Empezó a trabajar en el College of Health en la University of Cincinnati, donde desarrolló el primer programa de máster de la especialidad clínica en Enfermería Psiquiátrica Infantil. Inició y dirigió el primer programa universitario de Enfermería Psiquiátrica en la University of Cincinnati y en el Therapeutic Psychiatric Nursing Center del University Hospital (Cincinnati). En 1960 escribió, junto con Hofling, uno de los primeros textos básicos en enfermería psiquiátrica, *Basic Psychiatric Concepts in Nursing*, que se publicó en 11 idiomas diferentes y se utilizó en todo el mundo (Hofling y Leininger, 1960).

Mientras trabajaba en Cincinnati en un hogar de orientación infantil a mediados de los años cincuenta, Leininger percibió la falta de comprensión por parte del personal de los factores culturales que influían en la conducta de los niños. En estos niños, de procedencias culturales distintas, observó diferencias en las respuestas al cuidado y al tratamiento psiquiátrico que la inquietaron profundamente. Las teorías psicoanalíticas y las estrategias terapéuticas no parecían llegar a niños de diversos orígenes culturales. Cada vez estaba más preocupada porque sus decisiones y acciones, al igual que las de sus compañeros, no ayudaban adecuadamente a esos niños. Leininger se planteó numerosas preguntas a sí misma y al personal acerca de las diferencias culturales de los niños y de los resultados de las terapias. Sin embargo, algunos miembros nuevos del personal estaban interesados o conocían la influencia de los factores culturales en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Margaret Mead trabajó como profesora visitante en el

Departamento de Psiquiatría de la University of Cincinnati, y Leininger analizó con ella las relaciones entre la enfermería y la antropología. Leininger recordó una estimulante discusión en la que le preguntó a la Dra. Mead si *ella* veía alguna relación entre la enfermería y la antropología y las «nociones teóricas», a lo que Mead respondió: «Bueno, eso es algo que debes descubrir» (Leininger, 1991). A partir de entonces, Leininger decidió seguir investigando este tema de su interés y se centró en hacer un doctorado sobre antropología cultural, social y psicológica en la University of Washington, Seattle.

Durante los años cincuenta y sesenta, Leininger (1970, 1978) identificó áreas comunes de intereses teóricos y focos de investigación entre las disciplinas enfermera y de antropología, que le ayudaron a formular conceptos, teorías, principios y prácticas de enfermería transcultural. Mientras realizaba el doctorado, estudió un gran número de culturas. La antropología le pareció fascinante y consideró que debería ser de interés para todos los profesionales de enfermería. Enfocó su estudio en el pueblo gadsup de las tierras altas del este de Nueva Guinea, donde vivió con los indígenas durante casi 2 años y llevó a cabo un estudio sobre etnografía y etnoenfermería en las aldeas (Leininger, 1995, 1996). No solo pudo observar las características únicas de la cultura, sino también cierto número de diferencias notables con respecto al cuidado de la salud y las prácticas para el bienestar entre las culturas occidentales y no occidentales. A partir de sus experiencias con los gadsup, continuó con la elaboración de su teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales (teoría de los cuidados culturales) y el método de investigación de etnoenfermería (Leininger, 1978, 1991, 1995). Su investigación y su teoría han ayudado a los estudiantes de Enfermería a entender las diferencias culturales existentes en los cuidados y la atención humanos, la salud y la enfermedad. Ha animado a muchos estudiantes y profesores a cursar estudios de posgrado en Enfermería y a desempeñar esta profesión. Su entusiasmo e interés por desarrollar el campo de la enfermería transcultural desde un enfoque de los cuidados humanos se ha mantenido durante más de seis décadas.

El primer curso de Enfermería Transcultural fue ofrecido en 1966 en la University of Colorado, donde Leininger era profesora de

Enfermería y Antropología –una de las primeras veces que se ofrecía un cargo conjunto de profesor de Enfermería y de otra disciplina–. Inició el Committee on Nursing and Anthropology con la American Anthropological Association en 1968 y fue su presidenta durante varios años (Leininger, 1991, 1995).

Leininger fue directora del Nurse Scientist PhD Program en EE. UU. en 1969, cuando fue nombrada decana, y profesora de Enfermería y de Antropología en la University of Washington, Seattle, donde permaneció hasta 1974. Allí estableció el primer departamento académico de Enfermería sobre los sistemas de cuidados comparativos para apoyar a los programas de máster y doctorado. Inició varios cursos de Enfermería Transcultural y fue mentora de los profesionales de enfermería en un programa de doctorado centrado en la enfermería transcultural.

En 1974 Leininger fue nombrada decana y profesora de Enfermería en la College of Nursing y profesora adjunta de antropología en la University of Utah en Salt Lake City. En esta institución inició los primeros programas de máster y doctorado en Enfermería Transcultural y estableció el primer programa de doctorado que se impartió en este centro (Leininger, 1978). Estos programas fueron los primeros en ofrecer cursos sustantivos enfocados específicamente en la enfermería transcultural. Inició y dirigió una nueva oficina de facilitación de la investigación en la University of Utah. En 1974, Leininger fundó la International Transcultural Nursing Society y continuó siendo un líder activo en la organización durante toda su vida. Estableció las National Research Care Conferences en 1978 (más tarde renombradas como International Society for Human Caring) para ayudar a los profesionales de enfermería a centrarse en el estudio de los fenómenos del cuidado humano (Leininger, 1988a, 1988b, 1991). Fue una de las primeras presidentas de la American Association of Colleges of Nursing y uno de los primeros miembros de la American Academy of Nursing, en 1975.

El libro de Leininger, *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (1970), sentó las bases para el desarrollo del campo de la enfermería transcultural, la teoría del cuidado cultural y la asistencia sanitaria basada en la cultura. En su segundo libro, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practice* (1978),

identificó los conceptos principales, las ideas teóricas y las prácticas de la enfermería transcultural, y fue la primera publicación sobre enfermería transcultural. Durante los siguientes 60 años, Leininger estableció, explicó y utilizó la teoría del cuidado cultural para estudiar muchas culturas en EE. UU. y en todo el mundo. Desarrolló un método de investigación de etnoenfermería para ser utilizado con la teoría para descubrir de forma cualitativa el punto de vista interno de las culturas (Leininger, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006), para que los profesionales de enfermería investigadores estudien y descubran los fenómenos del cuidado cultural desde la perspectiva de la filosofía de la ciencia humana y a través de la lente del análisis cualitativo (Leininger, 1978, 1985a, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

En 1981, Leininger fue reclutada por la Wayne State University, en Detroit, donde fue profesora de Enfermería, profesora adjunta de Antropología y directora de las ofertas de Enfermería Transcultural hasta que se jubiló parcialmente en 1995. Fue directora del Center for Health Research en Wayne State durante 5 años. En 1989, Leininger creó la *Journal of Transcultural Nursing* y fue su editora hasta su jubilación. Mientras estaba en la Wayne State University, desarrolló cursos y seminarios de Enfermería Transcultural, cuidados y métodos de investigación cualitativa para estudiantes de Enfermería de diplomatura, máster, doctorado y posdoctorado, y para estudiantes de otros campos distintos a la enfermería. Además, la Dra. Leininger enseñó y asesoró a estudiantes y profesionales de enfermería en el campo de la investigación de la enfermería transcultural y continuó enseñando estos métodos en varias universidades en EE. UU. y en todo el mundo.

Leininger escribió o editó más de 30 libros. Algunos de sus libros más importantes posteriores a 1978 son: *Caring: An Essential Human Need* (Leininger, 1981); *Care: The Essence of Nursing and Health* (1984); *Qualitative Research Methods in Nursing* (1985a); *Ethical and Moral Dimensions of Care: Chapters from Conference on the Ethics and Morality of Caring* (1990a); *The Caring Imperative in Education* (Leininger y Watson, 1990); *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* (1991); *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice* (Leininger y McFarland, 2002a), y *Culture Care Diversity*

and Universality: A Worldwide Theory of Nursing (Leininger y McFarland, 2006), que contienen información completa sobre su teoría y método. Publicó más de 200 artículos y 45 capítulos de libros, además de películas, vídeos, DVD e informes de investigación centrados en la enfermería transcultural; el cuidado humano y los fenómenos sanitarios; el futuro de la enfermería, y temas relacionados relevantes para la enfermería y la antropología. La Dra. Leininger participó en ocho comités editoriales y comparó varias publicaciones, además de participar activamente con el Transcultural Nursing Scholars Group y de desarrollar contribuciones para su página web (www.madeleine-leininger.com). Ha sido reconocida como una de las autoras de enfermería más creativas, productivas, innovadoras y futuristas, que ha proporcionado ideas y contenidos nuevos y sustanciales sobre la enfermería transcultural basados en la investigación para impulsar la enfermería como una disciplina y como una profesión.

Leininger se interesó y adquirió experiencia en muchas áreas a lo largo de su vida. Además de la enfermería transcultural con el cuidado como foco central, la formación comparada y la administración, las teorías de enfermería, las políticas, los dilemas éticos de la enfermería y la atención sanitaria, los métodos de investigación cualitativa, el futuro de la enfermería y la atención sanitaria, y el liderazgo de la enfermería fueron todas áreas de interés para ella. Como enfermera transcultural diplomada e investigadora de la enfermería transcultural, Leininger estudió 15 culturas individuales y únicas; fue mentora o supervisora de aproximadamente 200 estudiantes de máster y doctorado centrados en la enfermería transcultural, el cuidado y la atención humanos, y áreas relacionadas en todo el mundo, y fue consultora de investigadores e instituciones, especialmente de los que utilizan la teoría del cuidado cultural. Esta teoría se utiliza en todo el mundo y sigue haciendo crecer el número de fenómenos importantes de los cuidados culturales en diversas culturas.

Encontró tiempo para dar conferencias a antropólogos, médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos y educadores, y realizar investigaciones con colegas. Fue una de las pocas profesionales de enfermería que fue activa tanto en enfermería como en antropología, haciendo contribuciones en conferencias

transculturales nacionales e internacionales y en reuniones de la asociación. Trabajó con entusiasmo para alentar a los educadores y profesionales de enfermería a integrar los conceptos de la enfermería transcultural y de los cuidados específicos de la cultura en los programas educativos y en la práctica clínica de la enfermería (Leininger, 1991, 1995; McFarland y Leininger, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). A lo largo de siete décadas, numerosos profesionales de enfermería con títulos avanzados y estudiantes de diplomatura han obtenido una titulación en Enfermería Transcultural y han utilizado la teoría del cuidado cultural de Leininger (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

La Dra. Leininger ha recibido el reconocimiento internacional en enfermería y en otros campos relacionados por sus escritos, teorías, estudios, consultas, cursos y supervisiones dinámicas sobre los cuidados y la enfermería transcultural. Recibió numerosos premios y distinciones por su trayectoria profesional y sus logros académicos. Fue incluida en las listas *Who's Who of American Women, Who's Who in Health Care, Who's Who in Community Leaders, Who's Who of Women in Education, International Who's Who in Community Service* y *Who's Who in International Women,* por nombrar algunas. Su nombre también aparece en el *National Register of Prominent Americans and International Notables, International Women* y el *National Register of Prominent Community Leaders.* Se le han otorgado varios títulos *honoris causa* del Benedictine College de Atchison (Kansas); un doctorado de la University of Kuopio (Finlandia) y un Doctor of Science de la University of Indiana (Indianápolis). En 1976 y en 1995 fue reconocida por su importante contribución única al ser nombrada la primera presidenta a tiempo completo de la American Association of Colleges of Nursing. Recibió el Premio Russell Sage Outstanding Leadership en 1995. Fue miembro de la American Academy of Nursing, la American Anthropology Society, la Society for Applied Anthropology y el Royal College of Nursing en Australia. También fue socia de la Sigma Theta Tau International, la Delta Kappa Gamma y el Scandinavian College of Caring Science de Estocolmo, Suecia. Trabajó como conferenciante y profesora visitante distinguida en 85 universidades dentro y fuera de EE. UU., y fue profesora visitante

en universidades de Suecia, Gales, Japón, China, Australia, Finlandia, Nueva Zelanda y Filipinas. Durante su estancia en la Wayne State University recibió los Premios Board of Regents' Distinguished Faculty, Distinguished Research, President's Excellence in Teaching y Outstanding Graduate Faculty Mentor. En 1996, la Madonna University de Livonia, Míchigan, honró a Leininger dando su nombre a una colección de libros y a una sala de lectura por su incalculable contribución a la enfermería, las ciencias sociales y las humanidades. La American Academy of Nursing la nombró Leyenda Viva en 1998.

Los últimos trabajos de la Dra. Leininger sobre la teoría del cuidado cultural fueron publicados en revistas profesionales revisadas por colegas. Fue coautora de una entrevista para el *Nursing Science Quarterly* (Clarke et al., 2009) donde analizó la historia y el futuro del cuidado transcultural, la profesión de enfermería y la atención sanitaria global. En 2011, escribió un artículo reflexivo sobre el cuidado protector del padre en *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare.* Realizó este estudio comparativo retrospectivo de tres culturas occidentales y una no occidental (amish estadounidenses de la antigua orden, angloamericanos, mexicano-estadounidenses y los gadsup de las tierras altas del este de Nueva Guinea) sobre las prácticas y las creencias acerca de los cuidados protectores de los padres con el objetivo de usar ese conocimiento para proporcionar cuidados culturalmente congruentes. Registró los modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales de los hallazgos de cuidados similares y diversos analizados con los padres informantes como formas para poder integrar sus valores culturales y las prácticas del cuidado para ayudar a sus hijos. Los padres amish de la antigua orden y los gadsup deseaban conservar (preservación del cuidado cultural) sus prácticas tradicionales de cuidado protector para mantener estilos de vida culturales sanos y activos. Los padres angloamericanos y mexicano-estadounidenses querían negociar formas para transmitir las tradiciones espirituales y religiosas a sus hijos (negociación del cuidado cultural). A continuación, Leininger comenzó a trabajar en una nueva idea del cuidado cultural, el **cuidado colaborativo,** que presentó junto con Marilyn McFarland a través de un *videopodcast* en la apertura de la 37.ª Annual

Conference of Transcultural Nursing Society en octubre de 2011, y su artículo basado en este principio fue aceptado para su publicación en la *Online Journal of Cultural Competence in Health Care.*

La Dra. Madeleine Leininger falleció en paz el 10 de agosto de 2012 en Omaha, Nebraska. Siguió trabajando hasta poco antes de su muerte, en colaboración con colegas y contribuyendo en varios proyectos y publicaciones en curso, así como en revisiones de su página web. Entre estas obras figuraba la contribución con un capítulo, «Leininger's Father Protective Care», a la tercera edición de 2015 del libro sobre su teoría, *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory,* de McFarland y Wehbe-Alamah.

Fuentes teóricas

La teoría de Leininger deriva de las disciplinas de antropología y enfermera (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Describió la *enfermería transcultural* como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores de los cuidados, la expresión y las creencias sobre la salud y la enfermedad, y los patrones de conducta.

El propósito de la teoría era descubrir las diversidades y las universalidades de los cuidados humanos en relación con la concepción del mundo, las dimensiones culturales y de la estructura social, y las formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes para mantener o recuperar su bienestar o salud, o afrontar la muerte de una manera culturalmente adecuada (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). El objetivo de la teoría es proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas, que sean beneficiosos y se adapten al estilo de vida saludable del paciente, la familia o el grupo cultural (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). La enfermería transcultural va desde un estado de concienciación hasta el uso de los conocimientos de enfermería del cuidado cultural para practicar

una atención culturalmente congruente y responsable (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Leininger predijo que con el tiempo habría una enfermería que reflejaría la práctica de la enfermería definida y basada en la cultura, y que sería específica para guiar los cuidados dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Ella sostuvo que, puesto que los conocimientos de los cuidados y la cultura son los medios más amplios y más integrales para conceptualizar y entender a las personas, son esenciales e imprescindibles para la formación y la práctica de la enfermería (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Además, señaló que la enfermería transcultural se había convertido en una de las áreas más importantes y más prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica en este mundo multicultural (Leininger, 1988a, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Leininger predijo que para que la enfermería fuera significativa y relevante para los pacientes y otros profesionales de enfermería del mundo, el conocimiento y las competencias en enfermería transcultural serían imperativos para guiar todas las decisiones y acciones de los cuidados de enfermería para conseguir resultados eficaces y tener éxito (Leininger, 1991, 1995, 1996; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Eipperle, 2008; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Leininger (2002a) distinguió entre **enfermería transcultural** y **enfermería intercultural.** La primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados en enfermería transcultural que se han comprometido a desarrollar conocimientos y prácticas en esta modalidad, mientras que la enfermería intercultural hace alusión a los profesionales de enfermería que utilizan conceptos antropológicos médicos o aplicados (Leininger, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Afirmó que la enfermería internacional tiene lugar cuando los profesionales de enfermería viajan o tienen experiencias laborales o de aprendizaje-servicio en otros países, y la enfermería transcultural implica múltiples *culturas* y tiene una base teórica y práctica comparativa (Leininger, 1995; Leininger y

McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Definió al profesional de enfermería diplomado transcultural (CTN, *certified transcultural nurse*) **generalista** (CTN-B) como un profesional de enfermería preparado a nivel de diplomatura, que es capaz de aplicar los conceptos, los principios y las prácticas de la enfermería transcultural generados por especialistas en este campo (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). El **especialista** en enfermería transcultural (CTN-A) participa en programas de posgrado y recibe preparación en profundidad y tutoría sobre los conocimientos y la práctica de la enfermería transcultural. El CTN-A adquiere sus competencias y conocimientos después de obtener la diplomatura a través del estudio de culturas seleccionadas con una profundidad suficiente (valores, creencias y formas de vida) para proporcionar cuidados de enfermería transcultural de alta calidad, seguros y eficaces (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). El CTN-A transcultural trabaja como un profesional experto en este campo, profesor, investigador o asesor con respecto a las culturas seleccionadas. Valora y usa la teoría de la enfermería transcultural con el fin de desarrollar conocimientos avanzados de la enfermería transcultural (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Leininger definió la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento sobre un dominio de interés que parece ser importante para comprender o para tener en cuenta algunos fenómenos desconocidos. Consideraba que la teoría de enfermería debe tener en cuenta el descubrimiento creativo sobre los individuos, las familias y los grupos, y sus formas de cuidado, valores, expresiones, creencias y acciones o prácticas basadas en sus estilos de vida culturales para proporcionar cuidados eficaces, satisfactorios y culturalmente congruentes. Cuando los profesionales de enfermería reconocen los aspectos culturales de las necesidades humanas, se observan signos de prácticas beneficiosas o eficaces de cuidados de enfermería y pruebas de la satisfacción con los servicios de enfermería, la curación y el bienestar (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Leininger (1991) desarrolló su teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas son capaces de guiar a los profesionales para recibir el tipo de atención que desean o necesitan de los demás. La cultura representa los estilos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones; por tanto, la teoría se dirige a los profesionales de enfermería para que descubran y documenten el mundo del paciente y utilicen sus puntos de vista émicos (internos), conocimientos y prácticas con la ética apropiada (externa) como bases para tomar decisiones y realizar acciones profesionales coherentes con la cultura (Leininger, 1991, 1995).

La teoría del cuidado cultural es inductiva y deductiva, y deriva del conocimiento émico y ético (Leininger, 1991). Leininger (1991) alentó a los profesionales de enfermería y a otros a obtener información privilegiada directamente de las personas o de la cultura, porque es más creíble. La teoría se considera integral con dominios específicos de interés (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Es una teoría de enfermería integral y amplia porque tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva integral de la vida y la existencia humanas, que comprenden los factores de la estructura social, la concepción del mundo, los antecedentes y los valores culturales, el contexto del entorno (Leininger, 1988b), las expresiones del lenguaje, y los patrones de los cuidados populares (genéricos) y profesionales. Estas son algunas de las bases críticas y esenciales para descubrir los conocimientos sobre los cuidados que conducen a la salud y el bienestar de los pacientes y guían las prácticas terapéuticas de enfermería.

La teoría de Leininger (2002c) de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales tiene características que la diferencian de otras teorías de enfermería. Se centra explícitamente en el descubrimiento de los cuidados culturales integrales y globales, y puede utilizarse *a través* de las culturas occidentales y no occidentales, porque incluye múltiples factores integrales que se encuentran universalmente en las culturas. Está centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los seres humanos, como el punto de vista del mundo, factores de la

estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y el contexto del entorno. La teoría tiene dimensiones abstractas y prácticas que pueden analizarse sistemáticamente para lograr resultados para aplicar cuidados culturalmente congruentes, significativos y aceptables (McFarland y Wehbe- Alamah, 2015). Es la única teoría de enfermería enfocada explícitamente en la cultura y el cuidado de diversas culturas, utilizando en la práctica tres modos de decisiones y acciones para el cuidado cultural basados en la teoría con el fin de alcanzar resultados de bienestar, salud y estilos de vida satisfactorios para las personas. Está diseñada para descubrir el cuidado –qué es diverso y qué está relacionado universalmente con el cuidado y la salud–, y tiene un centro de atención comparativo integrado para identificar prácticas de cuidados de enfermería transcultural diferentes o contrastadas con principios de cuidados específicos. La teoría con el método de etnoenfermería tiene modelos diseñados para analizar en profundidad los datos émicos del informante y la información relacionada con la salud. Estos modelos se han utilizado para evaluar la atención sanitaria cultural. La teoría guía la obtención de nuevos conocimientos en enfermería y atención sanitaria para conseguir cuidados culturalmente congruentes, válidos y útiles.

Principales conceptos y definiciones

Leininger desarrolló principios relevantes para su teoría del cuidado cultural. Aquí se enumeran las ideas principales. El lector puede estudiar su teoría completa en su obra (Leininger, 1991, 1995, Leininger y McFarland, 2002, 2006, McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Cuidados y prestación de cuidados

Cuidados se refiere a los fenómenos abstractos y concretos con expresiones de formas de asistencia, apoyo, capacitación o facilitación hacia uno mismo o hacia los demás. **Prestación de cuidados** se refiere a las acciones, actitudes o prácticas para ayudar a otros a sanar y a sentirse bien (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland et al., 2012; McFarland y Wehbe-

Alamah, 2015). «*Cuidado…* incluye los cuidados genéricos/populares y profesionales que son partes principales de la teoría y se prevé que influyan en, y expliquen, la salud y el bienestar en las diversas culturas» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, págs. 9-10).

Cuidados genéricos

«Los **cuidados genéricos** se refieren a los conocimientos y prácticas populares, indígenas, tradicionales o locales (émicos) aprendidos y transmitidos para proporcionar asistencia, apoyo, capacitación o facilitación a favor de o hacia otras personas con necesidades sanitarias evidentes o previstas, con el fin de aumentar su bienestar o ayudarles a afrontar la muerte u otras situaciones humanas» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 14).

Cuidados profesionales

«Los **cuidados profesionales** se refieren a los conocimientos y la práctica de los cuidados profesionales aprendidos de forma cognitiva formal y explícita, generalmente a través de instituciones educativas [habitualmente no genéricas] [que] se enseñan a profesionales de enfermería y a otros para proporcionar asistencia, apoyo, capacitación o facilitación a favor de o hacia otras personas o grupos con el fin de mejorar su salud, prevenir enfermedades o ayudarles a afrontar la muerte u otras situaciones humanas» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 14).

Cultura

«La **cultura** se refiere a los valores, creencias, normas, y modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos, de una cultura en particular, que guían el pensamiento, las decisiones y las acciones de formas estructuradas. La cultura es tan importante como el cuidado; no es un adverbio o un adjetivo de cuidar. Leininger conceptualizó los cuidados culturales como fenómenos sintetizados y estrechamente vinculados con ideas interrelacionadas» (Leininger y McFarland, 2006, pág. 18; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 10).

Cuidados culturales

Los **cuidados culturales** se refieren a la síntesis de los dos

principios principales (*cuidado* y *cultura*) que guían al investigador a descubrir, explicar y tener en cuenta la salud, el bienestar, las expresiones del cuidado y otras situaciones humanas (Leininger y McFarland, 2006).

Cuidados culturalmente congruentes

Los **cuidados culturalmente congruentes** son el conocimiento, los actos y las decisiones sobre los cuidados basados en la cultura utilizados de formas sensibles, creativas y significativas para adaptarse adecuadamente a los valores culturales, las creencias y las formas de vida de los pacientes para su salud y bienestar, o para prevenir o afrontar las enfermedades, las discapacidades o la muerte. «Proporcionar cuidados seguros y culturalmente congruentes ha sido el objetivo principal de la teoría del cuidado cultural» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 14).

Diversidad de los cuidados culturales

«La **diversidad de los cuidados culturales** se refiere a las variables o las diferencias de las creencias, los significados, los patrones, los valores, los modos de vida y otras características de los cuidados culturales entre los seres humanos en relación con proporcionar cuidados beneficiosos para los pacientes de una cultura determinada» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 15).

Universalidad de los cuidados culturales

«La **universalidad de los cuidados culturales** se refiere a las características de los fenómenos de los cuidados culturales similares o comunes de los seres humanos o los grupos con significados, patrones, valores, símbolos o modos de vida recurrentes que sirven como guía para que los cuidadores proporcionen asistencia, apoyo o cuidados a las personas para obtener resultados saludables» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 15).

Concepción del mundo

«La **concepción del mundo** se refiere a la forma en que las personas miran hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre la vida o sobre el mundo que les rodea. Ofrece una perspectiva amplia sobre la propia orientación

hacia la vida, las personas o los grupos que influye en el cuidado o en las respuestas al cuidado y guía sus decisiones o acciones, especialmente las relacionadas con temas de salud o bienestar» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 15).

Dimensiones culturales y de la estructura social

«Las **dimensiones culturales y de la estructura social** se refieren a los patrones dinámicos, integrales e interrelacionados de las características estructuradas de una cultura (o subcultura) que comprenden, pero no se limitan a, los factores tecnológicos; los factores religiosos y filosóficos; el parentesco y los factores sociales; los valores culturales, las creencias y los estilos de vida; los factores políticos y legales; los factores económicos, y los factores educativos; así como el contexto del entorno, el lenguaje y la etnohistoria» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 75).

Contexto del entorno

«El **contexto del entorno** se refiere a la totalidad de un acontecimiento, situación o experiencia particular que otorga significado a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales de la persona dentro de factores geofísicos, ecológicos, espirituales, sociopolíticos y tecnológicos particulares en contextos culturales específicos» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 15).

Etnohistoria

«La **etnohistoria** se refiere a la secuencia de hechos, acontecimientos, momentos o experiencias pasados de los seres humanos, los grupos, las culturas o las instituciones a lo largo del tiempo en contextos particulares que ayudan a explicar las formas de vida pasadas y actuales de las personas que influyen en los cuidados culturales que afectan a la salud y el bienestar, la discapacidad o la muerte de las personas» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 15).

Émico

«**Émico** se refiere a los conocimientos culturales internos, locales o indígenas, y al punto de vista sobre fenómenos específicos» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 14).

Ético

«**Ético** se refiere a los puntos de vista o los conocimientos institucionales o del sistema externos o ajenos (a menudo de los profesionales sanitarios) y a la interpretación de los valores sobre fenómenos culturales» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 14).

Salud

Salud se refiere al estado de bienestar que se define, se valora y se practica culturalmente, que refleja la capacidad de los individuos o los grupos para realizar las actividades diarias de sus roles en modos de vida sistematizados, beneficiosos y expresados culturalmente (Leininger, 1991; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015); un estado de recuperación del bienestar constituido, definido, valorado y practicado culturalmente por individuos o grupos que les permite desempeñar su vida diaria (Leininger y McFarland, 2002; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Preservación o mantenimiento de los cuidados culturales

La **preservación o mantenimiento de los cuidados culturales** se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cultura particular a retener, preservar o mantener valores y creencias significativos sobre los cuidados para su bienestar, para la recuperación de las enfermedades o para afrontar los obstáculos o la muerte (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe- Alamah, 2015).

Adaptación o negociación de los cuidados culturales

La **adaptación o negociación de los cuidados culturales** se refiere a las acciones y decisiones sobre los cuidados por parte de los profesionales creativos sobre la asistencia, la adaptación, la facilitación o la capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada (o subcultura) a adaptarse o a negociar con los otros para obtener unos cuidados culturalmente congruentes, seguros y eficaces con resultados significativos y beneficiosos para la salud (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Reorganización o reestructuración de los cuidados culturales

La **reorganización o reestructuración de los cuidados culturales** se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, cambiar o modificar sus formas de vida para seguir patrones y prácticas de cuidados sanitarios beneficiosos y obtener resultados (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Uso de datos empíricos

Durante más de seis décadas, Leininger defendió que los cuidados son la parte esencial de la enfermería, y su característica dominante, distintiva y unificadora (Leininger, 1970, 1988b, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Consideraba que los cuidados son complejos, elusivos y suelen estar arraigados en la estructura social y en otros aspectos de la cultura (Leininger, 1991; Leininger y McFarland, 2006). Sostenía que existen diferentes formas, expresiones y patrones de los cuidados, algunos diversos y otros universales (Leininger, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006). Leininger (1985b, 1990b; Leininger y McFarland, 2002, 2006) utilizó métodos etnológicos, en especial de etnoenfermería, para estudiar los cuidados. Estos métodos están dirigidos al descubrimiento de la verdad, los puntos de vista, las creencias y los estilos de vida sistematizados de los grupos culturales, las familias y los individuos. Durante los años sesenta, Leininger combinó la enfermería y la antropología, y desarrolló el método de etnoenfermería con el fin de estudiar los fenómenos de la enfermería transcultural de forma específica y sistemática. Este método se centra en el descubrimiento de las creencias, los valores y las prácticas de los cuidados conocidos de forma cognitiva o subjetiva por las personas de una cultura a través del lenguaje orientado en las personas, las experiencias, las creencias y el sistema de valores locales sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales como el cuidado, la salud y factores del entorno (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006;

McFarland et al., 2012; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Aunque en enfermería se han utilizado los términos *cuidados* y *prestación de cuidados* durante más de un siglo, sus definiciones y usos han carecido de significados específicos para la cultura del paciente o el profesional de enfermería (Leininger, 1988a, 1988b). «De hecho, los conceptos sobre la prestación de cuidados se cuentan entre los menos comprendidos y estudiados de todo el conocimiento humano y de las áreas de investigación dentro y fuera de la enfermería» (Leininger, 1978, pág. 33). Gracias a la teoría transcultural de los cuidados culturales y al método de etnoenfermería es posible acercarse al descubrimiento de los cuidados orientados a las personas, porque la información procede directamente de las personas y no de observadores externos. Un propósito importante de la teoría consiste en documentar, conocer, predecir y explicar sistemáticamente, por medio de la información de campo conseguida, qué es particular y qué es universal en los cuidados genéricos y profesionales de las culturas que se estudian (Leininger, 1991).

Leininger (1988a) consideraba que el conocimiento y las prácticas específicas basadas en los cuidados culturales deberían distinguir las contribuciones de la enfermería de las de otras disciplinas. La primera razón para estudiar la teoría de los cuidados culturales es que la idea de *cuidados* ha sido crítica para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos ya desde la aparición de la especie humana (Leininger, 1988a, 1988b). La segunda razón es explicar y entender completamente el conocimiento cultural y los roles de los cuidadores y los receptores de los cuidados en las diferentes culturas para proporcionar cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). La tercera razón es el descubrimiento del conocimiento de los cuidados y su uso fundamental para fomentar la salud y el bienestar de los pacientes, para afrontar la muerte o para asegurar la preservación de las culturas humanas a través del tiempo (Leininger, 1991, 1995). En cuarto lugar, la profesión de enfermería necesita estudiar los cuidados de forma sistemática desde una perspectiva cultural integral y amplia con el fin de descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la

salud, la enfermedad y el bienestar (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Leininger (1991, 1995) descubrió que los cuidados eran en gran medida un fenómeno elusivo que suele estar arraigado en el estilo de vida y los valores culturales. Este conocimiento constituye una base sólida para que los profesionales de enfermería guíen su práctica hacia los cuidados culturalmente congruentes y hacia métodos terapéuticos específicos para preservar o recuperar la salud, prevenir la enfermedad o ayudar a los pacientes a afrontar la muerte (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Una proposición importante de la teoría es que, si puede obtenerse el significado completo de los cuidados, se podrá predecir el bienestar o la salud de las personas, familias y grupos, y podrán proporcionarse cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 1991, 1994, 1995). Leininger (1991) veía los cuidados como uno de los principios más importantes y como el fenómeno principal de la enfermería. Sin embargo, estos principios y modelos de los cuidados deben documentarse, entenderse y usarse en su totalidad para cerciorarse de que los cuidados basados en la cultura son la guía principal de las decisiones y acciones de la enfermería transcultural y se usan para guiar prácticas de enfermería culturalmente congruentes (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Leininger estudió varias culturas en profundidad, algunas en colaboración con estudiantes universitarios y de posgrado y profesores, utilizando métodos de investigación cualitativos. Explicó extensamente los principios de los cuidados en numerosas culturas que tenían diferentes significados, experiencias culturales y usos diversos o similares de los valores de los cuidados, las creencias, los patrones y las experiencias por parte de las personas (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Los profesionales de enfermería transculturales siguen descubriendo nuevos conocimientos sobre los cuidados culturales durante el desarrollo de la práctica basada en culturas similares y diversas. Leininger (1991) creía que, con el tiempo, las características tanto particulares como universales de los cuidados y de la salud se interpretarían

como la esencia del conocimiento y la práctica en la enfermería.

Leininger consideraba que el objetivo de la teoría de los cuidados culturales es proporcionar cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Sostenía que los profesionales de enfermería no pueden separar la concepción del mundo, los factores de la estructura social ni las creencias culturales (legales/populares/genéricas y profesionales) sobre la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con culturas diferentes, porque estos factores están estrechamente vinculados y relacionados entre sí (Leininger, 1994; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Los factores de la estructura social (como religión, política, cultura, economía y parentesco) son fuerzas relevantes que afectan a los cuidados e influyen en los modelos de enfermedad y en el bienestar. Ella destacaba la importancia de descubrir creencias, valores y expresiones de los cuidados genéricos (populares, locales e indígenas) en las culturas y compararlos con los cuidados profesionales (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Leininger consideraba que la ceguera, el choque y la imposición culturales, además del etnocentrismo que muestran los profesionales de enfermería, seguían reduciendo mucho la calidad de la atención ofrecida a los pacientes de culturas diferentes (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Por otra parte, los diagnósticos de enfermería y médicos sin base ni conocimientos culturales pueden causar serios problemas en algunas culturas que dan lugar a resultados desfavorables y a veces graves (Leininger, 1995, 1996; Leininger y McFarland, 2002, 2006). Proporcionar cuidados culturalmente congruentes aumenta la satisfacción del paciente con la atención recibida; es una poderosa fuerza curativa para la atención sanitaria de calidad. Los cuidados *de calidad* es lo que los pacientes más desean cuando buscan la atención de los profesionales de enfermería, y solo pueden proporcionarse cuando se conocen y se aplican cuidados congruentes basados en la cultura.

Principales premisas

La universalidad de los cuidados refleja la naturaleza común de los seres humanos y de la humanidad, mientras que la diversidad refleja la variabilidad descubierta y las características únicas de los seres humanos. Los principales supuestos de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales que se presentan aquí derivan de las obras definitivas de Leininger sobre la teoría y de los posteriores cambios debidos a la evolución (Leininger 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015):

- El cuidado es la esencia y el foco central dominante, distintivo y unificador de la enfermería.
- Los cuidados humanísticos y científicos son esenciales para el crecimiento humano, el bienestar, la salud, la supervivencia, y para afrontar la muerte y la discapacidad.
- El cuidado (proporcionar cuidados) es esencial para la curación o la sanación, porque no puede haber curación si no se proporcionan cuidados (este supuesto se considera de gran importancia en todo el mundo).
- Los cuidados culturales son la síntesis de dos ideas principales (cultura y cuidado) que guían al investigador para que descubra, explique y tenga en cuenta las expresiones de la salud, el bienestar y el cuidado, y otras situaciones humanas.
- Las expresiones, los significados, los patrones, los procesos y las formas estructurales de los cuidados culturales son diversos, pero existen algunos puntos en común (universalidades) entre y a través de las culturas.
- Los valores, las creencias y las prácticas de los cuidados culturales están influidos por, e incluidos en, la concepción del mundo, los factores de la estructura social (p. ej., la religión, la filosofía de la vida, el parentesco, la política, la economía, la educación, la tecnología y los valores culturales), y los contextos etnohistórico y del entorno.
- Todas las culturas tienen cuidados genéricos (tradicionales, naturalistas; principalmente émicos) y por lo general algunos cuidados profesionales (éticos) que deben descubrirse y utilizarse para ofrecer unos cuidados

culturalmente congruentes.

- Los cuidados terapéuticos y culturalmente congruentes tienen lugar cuando los patrones, las expresiones, las creencias y los valores de los cuidados culturales se conocen explícitamente y se utilizan apropiadamente, con sensibilidad y de forma significativa, con las personas de culturas diversas o similares.
- Los tres modos teóricos de los cuidados de Leininger ofrecen nuevas, creativas y diferentes formas terapéuticas para ayudar a personas de diversas culturas.
- El método de investigación de etnoenfermería y otros métodos de investigación cualitativos paradigmáticos ofrecen medios importantes para descubrir el conocimiento y la práctica de los cuidados culturales en gran parte enraizados, encubiertos, epistémicos y ontológicos.
- La enfermería transcultural es una disciplina con un corpus de conocimientos y de prácticas para conseguir y mantener el objetivo de administrar cuidados culturalmente congruentes para la salud y el bienestar.

Principios o fundamentos teóricos

En el desarrollo de la teoría de los cuidados culturales se conceptualizaron y se formularon cuatro fundamentos teóricos principales (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015):

1. Las expresiones, significados, modelos y prácticas de los cuidados culturales son diversos, y aun así siguen compartiendo aspectos en común y algunos atributos universales.
2. La concepción del mundo, los múltiples factores de la estructura social, la etnohistoria, el contexto del entorno, la lengua y los cuidados profesionales y genéricos influyen de forma crítica en los modelos de los cuidados culturales para predecir la salud, el bienestar, la enfermedad, la curación y las formas en que las personas afrontan las discapacidades y la muerte.

3. Los factores de la salud émicos genéricos (populares) y éticos (profesional) en diferentes contextos del entorno pueden influir en gran manera en los resultados de la salud y la enfermedad.
4. A partir del análisis de estos factores influyentes, se predijeron tres modos principales de decisión y acción (preservación o mantenimiento, adaptación o negociación y reorganización o reestructuración de los cuidados culturales) para proporcionar vías para ofrecer cuidados culturalmente coherentes, seguros y significativos a las culturas (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015; Wehbe-Alamah, 2008).

Se predijo que los modos de acción y decisión eran factores clave para proporcionar cuidados culturalmente congruentes, significativos y aceptables para obtener resultados beneficiosos. Cuando se utilizan estos modos, se evalúan y atienden los factores del individuo, la familia, el grupo o la comunidad en una relación dinámica y participativa entre los profesionales de enfermería y los pacientes.

En la conceptualización de la teoría, el primer principio teórico importante y central fue que «existen cuidados diversos (diferentes) y universales (comunes) en y entre las culturas del mundo» (Leininger y McFarland, 2002, pág. 78). Sin embargo, Leininger afirmó que primero deben descubrirse los significados y los usos de los cuidados culturales para establecer un corpus de conocimientos transculturales. Un segundo principio teórico importante fue que «la concepción del mundo; los factores de la estructura social, como la religión, la economía, la educación, la tecnología, la política, el parentesco (social), la etnohistoria, el entorno y el lenguaje, y los factores de los cuidados genéricos y profesionales, influirían en gran medida en los significados, las expresiones y los patrones de los cuidados culturales en las diferentes culturas» (Leininger y McFarland, 2002, pág. 78).

Leininger sostuvo que es necesario conocer los factores culturales y de la estructura social para proporcionar cuidados significativos y satisfactorios a las personas, y predijo que influirían mucho en los cuidados culturales. También es necesario descubrir estos factores

directamente a partir de informantes de la cultura para confirmar que son factores influyentes relacionados con la salud, el bienestar, la enfermedad y la muerte. El tercer principio teórico importante fue que «tanto los cuidados genéricos (émicos) como profesionales (éticos) deben enseñarse, investigarse y reunirse en la práctica de los cuidados para ofrecer una atención satisfactoria que conduce a la salud y el bienestar» (Leininger, 2002, pág. 78).

El cuarto principio teórico importante fue la conceptualización de los tres modos principales de las decisiones y acciones de los cuidados (mencionados anteriormente) para ofrecer unos cuidados culturalmente congruentes para la salud general y el bienestar de los pacientes, o para ayudarles a afrontar la muerte o la discapacidad (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

El investigador o el clínico se basan en los hallazgos de la estructura social, los cuidados genéricos y las prácticas profesionales, y en otros factores que influyen, para estudiar o proporcionar cuidados basados en la cultura a los individuos, las familias y los grupos. Estos factores deben ser estudiados, evaluados y atendidos en una relación entre el profesional de enfermería y el paciente dinámica y participativa (Leininger 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Planteamiento lógico

Leininger derivó los conceptos de su teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de la antropología y la enfermería, y volvió conceptualizarlos en un conjunto de principios para una teoría de enfermería transcultural con una perspectiva del cuidado humano (1991, 1995). Desarrolló el método de investigación de etnoenfermería destacando la importancia del estudio de las personas a partir de sus experiencias y conocimientos locales, y la comparación posterior de esta información con sus creencias y prácticas externas. En su libro *Qualitative Research Methods in Nursing* (Leininger, 1985a) y en publicaciones posteriores (Leininger, 1990b, 1995; Leininger 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015) aporta

conocimientos importantes sobre los métodos cualitativos en la enfermería.

Leininger utilizó hábilmente la etnoenfermería, la etnografía, las historias y las anécdotas de las personas, las fotografías y los métodos fenomenológicos para abordar el estudio integral de la conducta cultural en diversos contextos del entorno (Leininger, 1991, 2015; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Con estos métodos cualitativos, el investigador acompaña a las personas durante las actividades de su vida diaria para comprender mejor su mundo.

Con el método de investigación de etnoenfermería, el profesional de enfermería investigador obtiene, de forma inductiva, datos de las narrativas descriptivas e interpretativas documentadas de los informantes que explican los valores de los cuidados culturales, a través de la observación y la participación (Leininger, 1991, 2015; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). El abordaje cualitativo es importante para el desarrollo de conocimientos sobre los cuidados culturales basados en datos básicos y sustantivos, con el fin de guiar a los profesionales de enfermería en su práctica de los cuidados. Desde el principio, la etnoenfermería se ha basado principalmente en el descubrimiento directo de los datos a partir de los grupos culturales en estudio.

Aunque pueden utilizarse otros métodos de investigación para estudiar los cuidados transculturales, como la **comprobación de hipótesis** y los **métodos experimentales cuantitativos,** el método depende del propósito del investigador, la cuestión que se va a investigar y los objetivos del estudio. Se fomenta la creatividad y la voluntad del profesional de enfermería investigador para utilizar varios métodos de investigación para descubrir los conocimientos de enfermería. Sin embargo, Leininger creía que los métodos cualitativos eran importantes para establecer significados y descubrir el conocimiento cultural preciso, y los métodos cuantitativos tenían un valor limitado para el estudio de las culturas y los cuidados. También creía que el uso de métodos cualitativos y cuantitativos en el mismo estudio oscurecía los resultados (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

El modelo del sol naciente *(sunrise enabler)* y la teoría de la

diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales no se analizan a fondo aquí, pero se presentan algunas ideas seleccionadas para introducir al lector en el trabajo pionero y creativo de Leininger sobre la teoría integral y completa de la evolución. Leininger desarrolló el modelo del sol naciente (fig. 22.1) en los años setenta para representar los componentes esenciales de la teoría. Posteriormente mejoró su modelo en 2006, y más tarde fue actualizado por McFarland y Wehbe- Alamah en 2015. Ha evolucionado para ser un modelo definitivo para guiar exhaustivamente y enfocar los estudios, y con el que tomar decisiones y realizar actividades de cuidados culturalmente congruentes. La mitad superior del sol naciente representa los principios teóricos clave relacionados con la concepción del mundo y las dimensiones cultural y de la estructura social. Estas dimensiones comprenden factores tecnológicos; factores religiosos y filosóficos; parentesco y factores sociales; valores culturales, creencias y formas de vida; factores políticos y legales; factores económicos, y factores educativos; así como el contexto del entorno, el lenguaje y la etnohistoria.

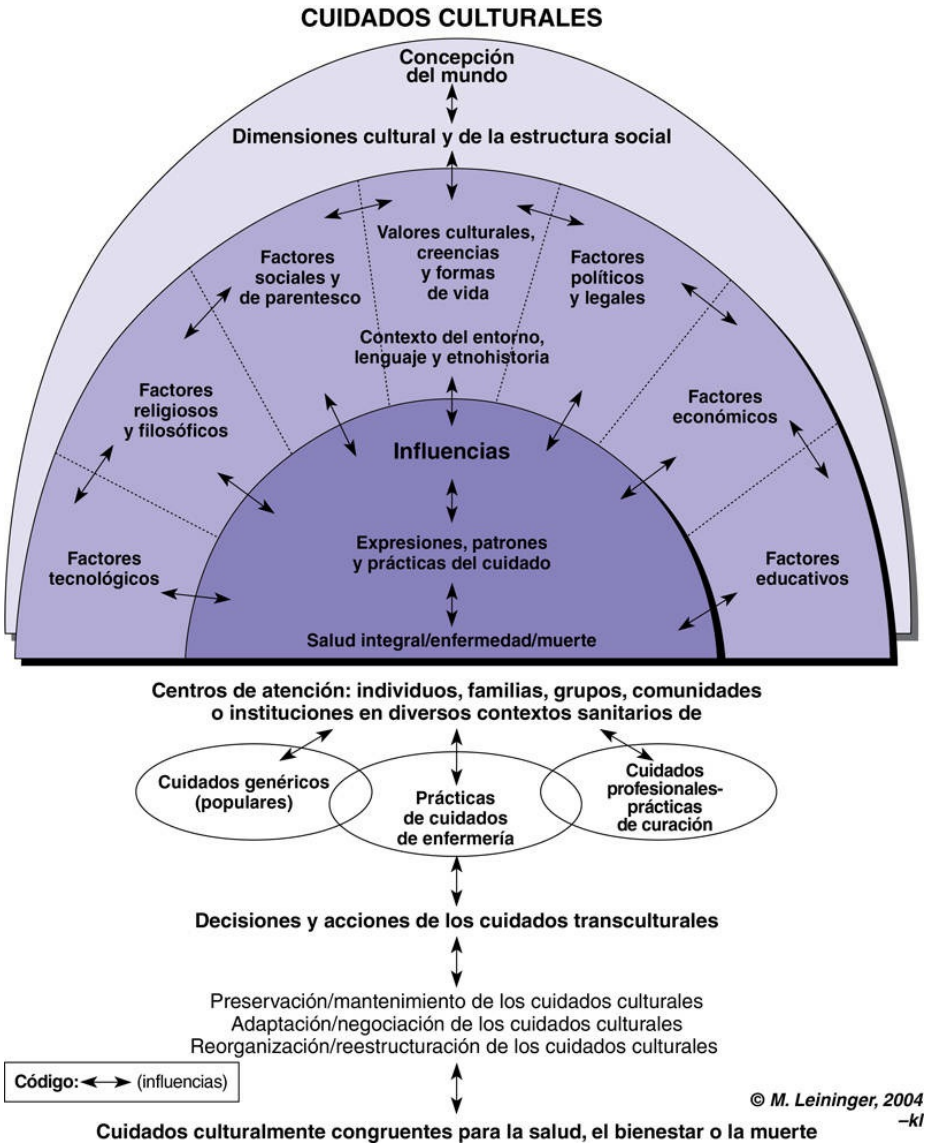


FIGURA 22.1 Modelo del sol naciente de Leininger.

(Copyright Madeleine Leininger, 2004. Utilizado con autorización.)

Estos factores influyen en la expresión y los patrones de los cuidados culturales, y en los sistemas de cuidados populares, profesionales y de enfermería que aparecen en la sección media del sol naciente. Las mitades superior e inferior juntas forman un sol completo que representa los principios de los cuidados universales que los profesionales de enfermería deberían considerar para apreciar el cuidado humano y la salud (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Según Leininger, el *profesional de enfermería* actúa como un puente entre los cuidados genéricos (populares) y profesionales (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Los

profesionales de enfermería utilizan los tres modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales de enfermería en la práctica, como se predijo en la teoría: *preservación o mantenimiento, adaptación o negociación* y *reorganización o reestructuración de los cuidados culturales* (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

El modelo del sol naciente representa al ser humano como inseparable de sus antecedentes culturales y de los factores de la estructura social, la concepción del mundo, la historia y contexto del entorno (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). El sexo, la raza, la edad y la clase están enraizados en los factores de la estructura social de la teoría y se estudian desde una perspectiva integral. La generación de la teoría a partir de los estudios de etnoenfermería puede tener lugar a múltiples niveles, desde estudios a pequeña escala con individuos específicos (micronivel) a estudios más grandes con grupos, familias, comunidades o instituciones (macronivel). Leininger desarrolló varios modelos para facilitar el uso de las cuatro fases del análisis cualitativo de los datos (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

La primera fase del análisis de los datos es la obtención, la descripción y la documentación de los datos sin procesar; la segunda fase es la identificación y la clasificación de los descriptores y los componentes; la tercera fase es el análisis del patrón y contextual; la cuarta fase es la formulación de los temas principales, los hallazgos de la investigación y las teorías, y las recomendaciones (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Los criterios para evaluar los resultados de la investigación en etnoenfermería se «utilizan para desafiar las universalidades y diversidades descubiertas en relación con la teoría de los cuidados culturales y el paradigma cualitativo… y para analizar sistemáticamente y descubrir los significados culturales y de los cuidados en profundidad y los hallazgos interpretativos» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 56). Estos criterios son **credibilidad, posibilidad de confirmación, significado en el contexto, saturación, patrón recurrente** y **transferibilidad** (Leininger, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Leininger desarrolló varios modelos adicionales para ayudar a los investigadores de enfermería a utilizar el método de etnoenfermería: el modelo de observación-participación-reflexión; el modelo de extraño a amigo de confianza; el modelo del dominio de la demanda; el modelo de la guía de la demanda semiestructurada de Leininger para evaluar los cuidados transculturales y la salud, y el modelo de evaluación de la salud de la aculturación para patrones culturales en formas de vida tradicionales o no tradicionales. «Los modelos contrastan drásticamente con los dispositivos mecanicistas, como las herramientas, escalas, instrumentos de medición y otros elementos que se utilizan generalmente en los estudios cuantitativos» (Leininger, 2002c, pág. 89).

El modelo de observación, participación y reflexión *(observation-participation-reflection enabler)* se utiliza para facilitar que el investigador entre y esté con los informadores en su contexto familiar o natural durante el estudio. El informador pasa gradualmente, de forma lenta y cortés, con permiso, del papel de observador y oyente al de participante y agente de reflexión con los informadores. El investigador no interfiere y, por tanto, puede observar lo que está ocurriendo de forma natural en el entorno o con las personas (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Con el modelo de extraño a amigo verdadero *(stranger-to-trusted friend enabler),* el investigador aprende mucho sobre sí mismo y sobre las personas y la cultura que se están estudiando. El objetivo es pasar de ser un desconocido en el que no se confía a convertirse en un amigo de confianza, y así poder observar con más precisión las actitudes, conductas y expresiones culturales. Este proceso es esencial para que el investigador pueda descubrir datos honestos, creíbles y en profundidad de los informadores (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

El modelo del dominio de la demanda *(domain of inquiry enabler)* es una afirmación que hacen los investigadores de enfermería cuando se guían por la teoría de los cuidados culturales y el método de etnoenfermería para establecer claramente su área de estudio (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). El dominio comprende preguntas o ideas relacionadas con el tema central del estudio, su

propósito y los objetivos relacionados con la cultura y el cuidado, y como tal es una «declaración sucinta, hecha a medida, centrada directa y específicamente en los cuidados culturales y los fenómenos sanitarios» (Leininger, 2002c, pág. 92). Este dominio se redacta cuidadosamente y después se analiza con rigor si cumple los principios y los supuestos de la teoría utilizando los seis criterios cualitativos o de evaluación (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

El modelo de la guía de la demanda semiestructurada *(semi-structured inquiry guide enabler)* para evaluar los cuidados culturales y la salud fue desarrollado por Leininger con preguntas abiertas «para ayudar a los investigadores [durante las entrevistas y las observaciones] a entrar en el mundo de los informantes, escuchar sus historias, y hacer descubrimientos específicos integrales y culturales» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, pág. 84). Este modelo se relaciona estrechamente con los factores de la estructura social de la teoría de los cuidados culturales, como se representa en el modelo del sol naciente (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

El modelo de evaluación de la salud de la aculturación *(acculturation health assessment enabler)* para patrones culturales en estilos de vida tradicionales o no tradicionales (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015) es otra importante guía que se utiliza con el método de etnoenfermería. Es esencial en el estudio de las culturas para evaluar el alcance de la **aculturación** de los informantes, si están más o menos «orientados tradicional o no tradicionalmente en sus valores, creencias y estilos de vida en general» (Leininger y McFarland, 2002, pág. 92). Este modelo se utiliza tanto en las evaluaciones culturales como en los estudios de investigación de etnoenfermería.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

Leininger identificó varios factores relacionados con la reticencia de los profesionales de enfermería para reconocer y valorar la

enfermería transcultural y los factores culturales en la formación y en la práctica de la enfermería (Leininger, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Primero se formuló la teoría en los años cincuenta, cuando muy pocos profesionales de enfermería estaban preparados en antropología o tenían conocimientos culturales que les ayudaran a entender los conceptos, modelos o teorías transculturales. En aquellos primeros días, la mayoría de los profesionales de enfermería no tenían conocimientos sobre la naturaleza de la antropología y sobre cómo los conocimientos antropológicos podrían contribuir al cuidado humano y a las conductas saludables, o servir como conocimientos básicos para comprender los problemas o los fenómenos de la enfermería. En segundo lugar, aunque las personas tenían necesidades culturales inherentes desde hacía mucho tiempo, los pacientes eran reacios a presionar a los profesionales sanitarios para que tratasen sus necesidades culturales, por lo que sus necesidades culturales y sociales no fueron reconocidas ni tratadas (Leininger, 1970, 1978, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). En tercer lugar, hasta los años noventa, los artículos de enfermería transcultural enviados para su publicación a menudo eran rechazados porque los editores de las revistas no conocían, valoraban o comprendían que el conocimiento cultural o de la enfermería transcultural es esencial para la enfermería. En cuarto lugar, el concepto de *cuidado* cultural tuvo un interés limitado para los profesionales de enfermería hasta finales de los años setenta, cuando Leininger comenzó a promover la importancia de que estos profesionales estudiasen los cuidados humanos, obtuviesen una base en conocimientos de antropología y recibiesen formación universitaria en enfermería, investigación y práctica transculturales. En quinto lugar, Leininger defendía que la enfermería sigue siendo demasiado etnocéntrica y sigue en exceso los intereses y las directrices de la medicina occidental organizada. En sexto lugar, el progreso de la enfermería en el desarrollo de un corpus de conocimientos propio fue limitado, puesto que muchos profesionales de enfermería dedicados a la investigación dependían de los métodos cuantitativos. La aceptación y el uso contemporáneos de métodos cualitativos de investigación en

enfermería siguen proporcionando nuevas ideas y conocimientos relacionados con la enfermería y la enfermería transcultural. El interés en el uso de los conocimientos de enfermería transcultural, la investigación, la formación y la práctica por parte de los profesionales de enfermería en todo el mundo ha seguido creciendo y evolucionando a medida que se ha desarrollado la disciplina enfermera (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

A medida que el mundo se vuelva más diverso culturalmente, los profesionales de enfermería tendrán una necesidad más urgente de estar preparados para proporcionar cuidados culturalmente congruentes. Algunos profesionales de enfermería experimentan un choque cultural, conflictos y enfrentamientos cuando se desplazan de un lugar a otro o desde el entorno rural a comunidades urbanas sin haber tenido primero alguna preparación en enfermería transcultural. Cuando se originan conflictos culturales, los individuos y las familias se sienten menos satisfechos con la atención profesional médica y de enfermería recibida (Leininger, 1988a, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Los profesionales de enfermería que viajan y buscan empleo en todo el mundo experimentan tensiones culturales. Por tanto, la formación en enfermería transcultural se ha vuelto imprescindible para todos los profesionales de enfermería del mundo. La Transcultural Nurse Certification por la Transcultural Nursing Society ha supuesto un gran paso para garantizar la práctica de la enfermería segura y culturalmente competente (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). En consecuencia, más profesionales de enfermería consiguen una titulación en enfermería transcultural para poder proporcionar cuidados culturalmente congruentes a sus pacientes. En la *Journal of Transcultural Nursing*, la *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare* y otras revistas profesionales sobre temas transculturales se publican perspectivas de investigación y teóricas sobre numerosas y diversas culturas de todo el mundo para guiar la práctica de la enfermería.

La aplicación de la teoría de los cuidados culturales a la práctica avanzada de la enfermería ha sido explicada por varios autores contemporáneos transculturales (Eipperle, 2015; Embler, Mixer y

Gunther, 2015; McFarland y Eipperle, 2008; Raymond y Omeri, 2015; Strang y Mixer, 2016; Wehbe-Alamah, 2008, 2011) como una «base fundamental para la preparación educativa, la práctica contextual de los cuidados primarios y los intentos de investigación centrados en el resultado de la práctica avanzada de la enfermería» (McFarland y Eipperle, 2008, pág. 48) usando los tres modos de cuidados culturales, los modelos y el método de etnoenfermería. Estos autores destacaron la integración de los cuidados culturalmente congruentes o sensibles a través de abordajes directos y explícitos para ser utilizados por las enfermeras practicantes, que «tienen que ser capaces de integrar de manera sensible y competente los cuidados culturales en las rutinas contextuales, las formas clínicas y los abordajes de la práctica de la atención primaria a través del modelado de roles, la formulación de políticas, la ejecución de las intervenciones y la evaluación del rendimiento, y el uso de los procesos de la práctica avanzada de la enfermería» (McFarland y Eipperle, 2008, pág. 49). Los conceptos y los métodos para integrar los abordajes de los cuidados émicos y éticos en la práctica de la atención primaria, y el uso del continuo educación-investigación-práctica forman la base para las decisiones y las acciones de los cuidados clínicos.

Formación

La inclusión de la cultura y los cuidados comparativos en los planes de estudios de Enfermería se inició en 1966 en la University of Colorado, donde Leininger fue profesora de Enfermería y de Antropología. Los profesionales de enfermería empezaron a concienciarse de la importancia de los cuidados culturales a finales de los años sesenta, pero muy pocos educadores de enfermería tenían la preparación adecuada para impartir cursos sobre enfermería transcultural. Desde que los primeros programas del mundo de máster y doctorado en Enfermería Transcultural se aprobaran y aplicaran en 1977 en la University of Utah, muchos profesionales de enfermería se han preparado específicamente en enfermería transcultural. Debido al aumento de la conciencia pública de los costes sanitarios, las diversas culturas y los derechos humanos que se ha producido en la sociedad contemporánea en

todo el mundo, hay una demanda mucho mayor de profesionales de cuidados sanitarios integrales, completos y transculturales para proporcionar cuidados de alta calidad, integrales y completos. La defensa de Leininger de los cuidados específicos de la cultura basados en ideas teóricas ha sido crítica por el descubrimiento de aspectos diversos y universales de los cuidados (Leininger, 1991, 1995, 1996; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Sigue habiendo una necesidad imperiosa de que los profesionales de enfermería se formen en programas de enfermería transcultural universitarios, de máster y de doctorado. Hay una necesidad de profesores bien cualificados preparados en enfermería transcultural para enseñar y guiar la investigación en las escuelas de enfermería en EE. UU. y en otros países (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015; Mixer, 2008).

Leininger recibió numerosas solicitudes para impartir cursos, dar conferencias y realizar talleres sobre los cuidados humanos y la enfermería transcultural en EE. UU. y otros países hasta su muerte, en 2012. Pidió a las escuelas de Enfermería que ofrecieran programas transculturales para satisfacer la demanda mundial de profesionales de enfermería con preparación transcultural en muchas culturas (Leininger, 1991, 1995). Estos programas de enfermería siguen siendo necesarios con urgencia para la práctica, la formación, la investigación, la administración, la consulta y la preparación de los profesionales de enfermería transcultural para obtener la titulación. La demanda de profesionales de enfermería transcultural supera con creces los profesores de Enfermería preparados, la financiación o los recursos educativos (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Investigación

En todo el mundo, los profesionales de enfermería utilizan la teoría de los cuidados culturales de Leininger en la práctica, la investigación, la formación y la administración. Esta teoría es la única de enfermería que se centra específicamente en los cuidados culturales con un método de investigación específico

(etnoenfermería) para estudiar las culturas y las prácticas de los cuidados (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland et al., 2012; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Los profesionales de enfermería transcultural, igual que muchas enfermeras, realizan sus estudios a pesar de la escasez de fondos. Los profesionales de enfermería que realizan estudios transculturales son líderes en compartir sus investigaciones con estudiantes y colegas en conferencias y programas educativos relacionados con la enfermería transcultural en todo el mundo, y han abierto puertas a la enfermería transcultural en muchas organizaciones. A pesar de la demanda social de cuidados culturalmente competentes, sensibles y responsables, las organizaciones nacionales e internacionales no comenzaron a apoyar la enfermería transcultural hasta los años noventa. Se han hecho progresos gracias a los esfuerzos persistentes y a las rigurosas competencias de los especialistas en enfermería transcultural. Los profesionales en enfermería transcultural han inspirado a otros profesionales de enfermería para seguir investigando y descubrir nuevos conocimientos sobre los cuidados culturales en enfermería. Estos conocimientos reformarán y transformarán en gran medida la práctica actual y futura de los cuidados de enfermería (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

McFarland (1997) dirigió un estudio de etnoenfermería de 2 años de duración en el que se compararon grupos de angloamericanos y de afroamericanos que vivían en una residencia de ancianos en una gran ciudad del Medio Oeste de EE. UU. Fue una investigación de los cuidados culturales émicos y éticos en profundidad que reveló varios hallazgos significativos, como la importancia de utilizar los tres modos de decisión y acción de los cuidados culturales basados en la teoría cuando se administran cuidados a las personas de edad avanzada. Los hallazgos de los cuidados culturalmente congruentes fueron los siguientes:

- Los angloamericanos y los afroamericanos de edad avanzada esperan que se preserven o mantengan los cuidados culturales según sus patrones de cuidados genéricos o populares de toda la vida.
- Hacerlo para otros residentes, más que centrarse en los

autocuidados, fue un valor de mantenimiento de los cuidados importante para ambas culturas y fue un hallazgo dominante.
- El cuidado protector fue más importante para los afroamericanos que para los angloamericanos de edad avanzada, aunque el personal de enfermería proporcionó cuidados protectores y practicó los cuidados culturales o la negociación en ambos grupos, como acompañarlos cuando querían ir a pasear por el barrio.
- Los profesionales de enfermería afroamericanos practicaron la adaptación o la negociación de los cuidados culturales cuando relacionaron sus cuidados émicos con los valores y las prácticas de los cuidados genéricos.

La **preservación o mantenimiento,** la **adaptación o negociación** y la **reorganización o reestructuración de los cuidados culturales** fueron formas nuevas para que los profesionales de enfermería proporcionaran prácticas de cuidados de la forma de vida seguras y culturalmente coherentes a las personas de edad avanzada de ambas culturas. Sobre la base de los hallazgos de este estudio, se desarrollaron algunas políticas institucionales de cuidados culturales para guiar el cuidado profesional de las personas de edad avanzada.

Evolución

Leininger creía que todos los profesionales de enfermería del mundo deben prepararse en enfermería transcultural y demostrar sus competencias en esta disciplina (Leininger, 1988b, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015; Mixer, 2008). La enfermería transcultural debe convertirse en una parte integrante de la formación y la práctica para que los profesionales de enfermería sean relevantes en el siglo XXI. En la actualidad, la demanda de profesionales de enfermería con preparación transcultural supera con creces el número de profesionales, profesores y especialistas clínicos en el mundo. Urgen estudiosos, investigadores y teóricos de la enfermería transcultural para que se siga desarrollando un corpus de

conocimientos transculturales, y la formación y la práctica de la enfermería se transformen. Todos los profesionales de enfermería deben tener conocimientos básicos sobre diversas culturas del mundo y conocer en profundidad dos o tres culturas (Leininger, 1995, 1996; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Leininger creía que la investigación en enfermería transcultural ya estaba conduciendo a algunas formas muy prometedoras y diferentes de avanzar en la formación y la práctica de la enfermería (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Las disciplinas sanitarias, incluidas la medicina, la farmacia y el trabajo social, han empezado a integrar prácticas y conocimientos sanitarios transculturales en sus programas de estudio (Leininger, 1995). Esta tendencia ha incrementado la demanda de profesores culturalmente competentes para enseñar el cuidado sanitario transcultural.

Las teorías y los estudios actuales y futuros en enfermería transcultural son esenciales para cubrir las necesidades de las personas con diversidad cultural. La importancia de la teoría de los cuidados culturales sigue aumentando en todo el mundo. El conocimiento de los cuidados tanto universales como diversos es importante para establecer un cuerpo sustantivo de conocimientos de enfermería transcultural y para apoyar la enfermería como una profesión y una disciplina transculturales. Ha aumentado el interés global por la teoría de Leininger y su uso, porque es integral, pertinente y futurista, y se ocupa de conocimientos de cuidados específicos, aunque abstractos (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Crítica

Sencillez

La teoría de los cuidados culturales ofrece una perspectiva amplia, integral y extensa de los individuos, las familias, las culturas, las comunidades y las poblaciones. La teoría tiene realmente un alcance transcultural y global; es tanto intrincada como elegante en su sencillez, y aplicable a la práctica de la enfermería. Los investigadores la utilizan para guiar el descubrimiento de

conocimientos de enfermería transcultural y los métodos de investigación cualitativos para explicar los fenómenos de los cuidados culturales. Los investigadores de la enfermería han desarrollado dominios de demanda usando la teoría para buscar conocimientos de los cuidados culturales científicos y humanísticos. Los profesionales de enfermería buscan fenómenos de cuidados culturales tanto universales como particulares dentro de diversas culturas. La teoría de los cuidados culturales de Leininger es relevante en todo el mundo para ayudar a guiar a los investigadores de la enfermería a conceptualizar las cuestiones de investigación basadas en la teoría, produciendo resultados para guiar la práctica (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Es integral y completa, con principios clave relacionados con la concepción del mundo y las dimensiones de la estructura social y culturales clave, tal como se representa en el modelo del sol naciente (McFarland et al., 2012; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). La teoría permite la explicación de varias interrelaciones conceptuales y diversos factores de la estructura social que influyen en la salud y el cuidado (McFarland et al., 2012; McFarland y Wehbe- Alamah, 2015). Leininger observó que tanto los estudiantes de Enfermería de grado como de posgrado eran capaces de utilizar la teoría y descubrir lo práctica, relevante y útil que era para su trabajo. El mapa cognitivo de la teoría, el modelo del sol naciente, ayuda a los profesionales de enfermería a visualizar la teoría y entender su aplicación a la práctica y la investigación en enfermería.

Generalidad

La teoría de los cuidados culturales demuestra el criterio de generalidad, porque es una teoría con una orientación cualitativa, es amplia, completa y se aplica a todo el mundo. La teoría permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados desde la perspectiva de una concepción del mundo multicultural. Es útil y aplicable a grupos e individuos con el objetivo de proporcionar cuidados de enfermería específicos de la cultura (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Los amplios principios están bien organizados y descritos para el estudio con culturas específicas. El corpus de la investigación de los cuidados culturales ha dado lugar

a una gran cantidad de conocimientos especializados. Muchos aspectos de la cultura, el cuidado y la salud se han identificado como factores que influyen en la práctica de los cuidados de enfermería culturalmente congruentes. Es necesario investigar más para estudiar de forma comparativa los conocimientos de los cuidados universales y específicos de la cultura (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Hay que estudiar más grupos culturales para confirmar sus principios de los cuidados para la transferibilidad de los descubrimientos a diversos grupos y entornos (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Los resultados del uso de la teoría de los cuidados culturales y el método de investigación de etnoenfermería proporcionan cuidados culturalmente congruentes a los pacientes en una variedad de contextos sanitarios y comunitarios en todo el mundo, y transforman la educación y la práctica de la enfermería (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Accesibilidad

El método de investigación de etnoenfermería, el método cualitativo desarrollado por Leininger para su uso con la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, utiliza los criterios de **credibilidad, posibilidad de confirmación, significado en el contexto, saturación, patrón recurrente** y **transferibilidad** para evaluar los resultados de la investigación de etnoenfermería (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Utilizando estos criterios, se han confirmado 164 principios sobre los cuidados, y continuamente se descubren más. La información obtenida con el método de etnoenfermería, y a partir de la concepción del mundo de las personas, da credibilidad a los resultados de la investigación y los confirma (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Se prevé que la investigación en curso y futura revele más hallazgos sobre los cuidados culturales y la salud con implicaciones para la práctica de los cuidados transculturales culturalmente congruentes y la formación en enfermería. El corpus de conocimientos de enfermería transcultural que se ha descubierto en las últimas seis décadas y que cumple los criterios de evaluación ha influido en la práctica de los cuidados de enfermería profesionales y en la estructura y la

función de muchos sistemas de atención sanitaria (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Importancia

La teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales ha guiado la prestación de cuidados de enfermería para obtener resultados significativos y beneficiosos para el paciente. Proporcionar cuidados culturalmente congruentes, específicos de la cultura, es un objetivo esencial establecido en la enfermería contemporánea (Eipperle, 2015; McFarland y Eipperle, 2008). La teoría es central en el dominio de la enfermería para la adquisición y aplicación de los conocimientos de los cuidados culturales (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015; Wehbe-Alamah, 2008). La teoría es muy útil, aplicable y esencial para la práctica de la enfermería, la consulta, la formación, la dirección, la investigación y la administración. El concepto de *cuidado* como el foco principal de la enfermería y la base para construir los conocimientos de la enfermería y su aplicación en la práctica es esencial para avanzar en el conocimiento y la práctica de la enfermería culturalmente congruente (Eipperle, 2015; McFarland y Eipperle, 2008; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015; Wehbe-Alamah, 2008). Los factores de la estructura social del modelo del sol naciente y los tres modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales guían la prestación de cuidados culturalmente congruentes. La teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales apoya una profesión y una disciplina sólidas, cultural y socialmente responsables, para satisfacer las necesidades de salud y cuidados en un mundo multicultural (Wehbe-Alamah, 2008, 2011).

Resumen

Como una teoría del cuidado humano integral en enfermería, la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales es valorada en todo el mundo. Los profesionales de enfermería practicantes disponen ahora de hallazgos de la investigación integral y basada en la cultura para su uso en el cuidado de los pacientes de culturas o subculturas diversas y

similares. La teoría y el método también han resultado útiles y valiosos para otras disciplinas distintas de la enfermera. Los recién llegados a la teoría y el método se benefician de la experiencia de los mentores, además de estudiar las investigaciones transculturales anteriores en las que se utilizaron la teoría y el método. Lo más importante es que los profesionales de enfermería suelen expresar que la teoría es natural para la enfermería y aporta nuevas ideas sobre los cuidados, la salud y el bienestar. Sin lugar a dudas, la teoría seguirá guiando la construcción del conocimiento de enfermería y el descubrimiento de nuevas aplicaciones prácticas utilizando los tres modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales en una sociedad cada vez más multicultural y global (Wehbe-Alamah, 2008, 2011). La investigación guiada por la teoría proporciona una forma creíble para el avance de la profesión de enfermería y el corpus de los conocimientos transculturales para su aplicación en la práctica de la enfermería, la consulta, la formación, la dirección y la investigación en todo el mundo.

Caso clínico

Un musulmán estadounidense de ascendencia árabe de edad avanzada que hablaba poco inglés ingresó en el hospital a causa de un dolor creciente en reposo en el pie izquierdo. Tenía el pie frío y pálido, y antecedentes de intervenciones de cirugía vascular. Tenía muchos problemas de salud crónicos, entre ellos diabetes de tipo 2, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También había sufrido un infarto de miocardio y varios accidentes cerebrovasculares. Mientras estaba en el hospital, desarrolló dolor abdominal y se le realizó una colecistectomía. Este abuelo tenía una gran familia, formada por su esposa, nueve hijos y muchos nietos. Su esposa insistía en que todos los miembros de la familia le visitaran cada día mientras estuviese en el hospital. La familia quería que el hombre dirigiese la cara hacia La Meca (hacia el este) mientras rezaban con él. Llevaron varios pasajes del Corán grabados en una cinta y se la ponían al lado de la cama. Otras familias que visitaban a sus familiares enfermos se quejaron a las enfermeras de que la familia árabe ocupaba toda la habitación y no dejaba sitio para que nadie más se sentara.

Como profesional de enfermería transcultural, ¿cómo podría

utilizar los tres modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales para proporcionar cuidados culturalmente coherentes a este paciente de edad avanzada y a su familia, así como a los demás pacientes y sus familias en la unidad de cuidados intensivos?

Actividades de pensamiento crítico

1. Forme un grupo de cuatro estudiantes para este ejercicio. Cada miembro del grupo debe seleccionar un estudio de investigación de etnoenfermería publicado en la *Journal of Transcultural Nursing* en el que se utilizara la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Leininger. Cada estudiante debe seleccionar un estudio único de su propia cultura y diferente al de los otros estudiantes del grupo. Revise cada estudio e identifique su dominio teórico de la demanda, el propósito, las suposiciones, las definiciones, los métodos, el diseño de la investigación, el análisis de los datos, los modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales, y las implicaciones para la enfermería.
2. Analice la aplicabilidad de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales para descubrir conocimientos de enfermería y proporcionar cuidados culturalmente congruentes. Tenga en cuenta las tendencias actuales de los usuarios de los servicios sanitarios, los factores de la diversidad cultural, y los cambios de los programas educativos de medicina y enfermería. A continuación se ofrecen ejemplos de las tendencias que puede utilizar como hilo conductor para iniciar su análisis:
    a. La importancia de los conocimientos en enfermería transcultural en un mundo cada vez más diverso.
    b. El aumento de los grupos de apoyo laicos para proporcionar información, compartir experiencias y apoyar a los pacientes, familias y grupos que se someten a modalidades de tratamiento o padecen enfermedades crónicas, terminales o

potencialmente mortales, y pertenecen a culturas diversas o similares.

c. Los valores culturales, las creencias, las prácticas sanitarias y los conocimientos sobre investigación en los programas de estudios de Enfermería de grado y posgrado a lo largo de la vida.

d. La inclusión de los cuidados alternativos o genéricos en los programas de estudio de enfermería, como los hombres medicina, los sanadores nativos americanos, los curanderos y herboristas del sudoeste, y métodos seleccionados de medicina china y ayurvédica que se ha demostrado que son eficaces para el tratamiento de enfermedades tanto agudas como crónicas.

e. El mayor acceso a la información sanitaria a través de Internet y el aumento del número de libros, grabaciones de audio y de vídeo publicados sobre el mantenimiento de la salud, la medicina alternativa, los remedios naturales, las vitaminas, los minerales, y los fármacos y preparaciones sin receta.

f. Los crecientes costes de la atención sanitaria; el uso de organizaciones para el mantenimiento de la salud, organizaciones de profesionales de elección o listas de proveedores de planes internos; la falta de seguros médicos; el aumento de la confianza en el autodiagnóstico, autotratamiento y autocuidado, y una mayor disponibilidad de kits de diagnóstico para pruebas de autodiagnóstico domésticas.

g. Los problemas relacionados con los conflictos culturales, el estrés, el dolor y las prácticas culturales impuestas.

h. El aumento de la sospecha y la desconfianza o el recelo en los grupos culturales, religiosos y políticos debido al aumento de las actividades terroristas en todo el mundo.

3. Considere a los pacientes de una unidad, un departamento sanitario o una clínica donde tenga experiencia clínica en relación con lo que se plantea a continuación:

a. Identifique las culturas representadas por los pacientes utilizando la teoría de Leininger con el modelo del sol naciente y el modelo de evaluación de la salud de la aculturación para patrones culturales en estilos de vida tradicionales o no tradicionales.
b. Compare la mezcla cultural del personal (médicos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares sanitarios y técnicos, y empleados administrativos) en el área en la que está considerando la cultura de los pacientes. ¿Cómo se diferencian de sus pacientes?
c. Revise los materiales impresos, como los medios educativos y visuales, y observe los recursos y los carteles que hay en las salas de espera, las consultas y las aulas del departamento o el centro para identificar las culturas representadas y los idiomas utilizados.
d. Sobre la base de los datos obtenidos a partir de estos ejercicios, utilice la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales para desarrollar un plan para proporcionar cuidados culturalmente sensibles y congruentes a los pacientes.

4. Analice la relevancia de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales para los profesionales de enfermería que desempeñan varias funciones laborales en diversos contextos de la práctica.

Bibliografía

Clarke PN, McFarland MR, Andrews MM, Leininger MM. Caring: Some reflections on the impact of the culture care theory by McFarland & Andrews and a conversation with Leininger. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22(3):233–239.

Eipperle MK. Application of the three modes of culture care decisions and actions in advanced practice primary care. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett

Learning; 2015:317–344.

Embler P, Mixer SJ, Gunther M. End-of-life culture care practices among Yup'ik Eskimo. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*. 2015;5(1):36–49.

Hofling CK, Leininger MM. *Basic psychiatric concepts in nursing*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott; 1960.

Leininger MM. *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. New York: John Wiley & Sons; 1970.

Leininger MM, ed. *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practice*. New York: John Wiley & Sons; 1978.

Leininger MM, ed. *Caring: An essential human need*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1981.

Leininger MM, ed. *Care: The essence of nursing and health*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1984.

Leininger MM, ed. *Qualitative research methods in nursing*. New York: Grune & Stratton; 1985.

Leininger MM. Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. *Nursing and Health Care*. 1985;6(4):202–212.

Leininger MM, ed. *Care: The essence of nursing and health*. Detroit: Wayne State University Press; 1988.

Leininger MM, ed. *Caring: An essential human need*. Detroit: Wayne State University Press; 1988.

Leininger MM. *Ethical and moral dimensions of care: Chapters from conference on the ethics and morality of caring*. Detroit, MI: Wayne State University Press; 1990.

Leininger MM. Ethnomethods: The philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*. 1990;1(2):40–51.

Leininger MM, ed. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York, NY: National League for Nursing Press; 1991.

Leininger MM. Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(1):22–28.

Leininger MM. *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practice*. 2nd ed. Columbus, OH: McGraw-Hill College Custom Series; 1995.

Leininger MM. Culture care theory, research and practice. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(2):71–78.

Leininger MM. Leininger's reflection on the ongoing father protective care research. *The Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*. 2011;1(2):1–13.

Leininger MM. Leininger's father protective care. In: McFarland MR,

Wehbe-Alamah HB, eds. *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:119–136.

Leininger MM, McFarland MR. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2002.

Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006.

Leininger MM, Watson J, eds. *The caring imperative in education*. New York: National League for Nursing Press; 1990.

McFarland MR. Use of the culture care theory with Anglo and African Americans in a long-term care setting. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(4):186–192.

McFarland MR, Eipperle MK. Culture care theory: A proposed theory guide for nurse practitioner practice in primary care settings. *Contemporary Nurse*. 2008;28(2):48–63.

McFarland MR, Mixer SJ, Wehbe-Alamah HB, Burk R. Ethnonursing: A qualitative research method for studying culturally competent care across disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*. 2012;11(3):259–279.

McFarland MR, Wehb-he-Alamah HB, eds. *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015.

Mixer SJ. Use of the culture care theory and ethnonursing method to discover how nursing faculty teach culture care. *Contemporary Nurse*. 2008;28(2):23–36.

Raymond LM, Omeri A. Transcultural midwifery: Culture care for Mauritian immigrant childbearing families living in New South Wales, Australia. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:183–254.

Strang CW, Mixer SJ. Discovery of the meanings, expressions, and practices related to malaria care among the Maasai. *Journal of Transcultural Nursing*. 2016;27(4):333–341.

Webhe-Alamah HB. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through the use of Leininger's culture care modes. *Contemporary Nurse*. 2008;2(28):83–97.

Wehbe-Alamah HB. The use of culture care theory with Syrian Muslims in the Midwestern United States. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*. 2011;1(3):1–12.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Páginas web

International Association for Human Caring at https://iafhc.wildapricot.org/page-18059.

Madeleine M. Leininger at http://www.madeleine-leininger.com/resources.shtml.

Transcultural Nursing Society at www.tcns.org.

Capítulos de libros

Leininger MM. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In: Morse J, ed. *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1993:393–414.

Leininger MM. Culture care assessments for congruent competency practices. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2002:117–143.

Leininger MM. Essential transcultural nursing concepts, principles, examples, and policy statements. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2002:45–69.

Leininger MM. Lifecycle culturally-based care and health patterns of the Gadsup of New Guinea: A non-Western culture. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2002:217–237.

Leininger MM. Part I. The theory of culture care and the ethnonursing research method. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2002:71–98.

Leininger MM. Part I. Toward integrative generic and professional health care. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2002:145–154.

Leininger MM. The future of transcultural nursing: A global perspective. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2002:577–595.

Leininger MM, McFarland MR. Transcultural nursing: Curricular concepts, principles, and teaching and learning activities for the 21st century. In:

Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2002:527–561.

Leininger MM. Transcultural mental health nursing. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill Medical; 2002:239–262.

Leininger MM. Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus, and historical aspects. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill Medical; 2002:3–43.

Leininger MM. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:1–41.

Leininger MM. The ethnonursing research method and enablers. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:43–81.

Leininger MM. Culture care of the Gadsup Akuna of the Eastern Highlands of New Guinea: The first transcultural nursing study [revised reprint]. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:115–157.

Leininger MM. Culture care of the Southern Sudanese of Africa. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:255–279.

Leininger MM. The benefits of the theory of culture care diversity and a look to the future for transcultural nursing. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:101–118.

Artículos de revistas

Leininger MM. [Classic] Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*. 1997;8(2):32–52.

Leininger MM. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing and practices. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002;13(3):189–192.

Leininger MM. Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture care diversity and universality perspective. *Nursing*

Science Quarterly. 2007;20(1):9–13.

Fuentes periodísticas

Leininger, M.M., & McFarland, M.R. (Co-producers). (2006). *Transcultural nursing: The theory of culture care. Second of a Three-DVD Set, Transcultural Nursing*. Livonia, MI: Leininger.

Leininger MM, Andrews MM, McFarland MR. *Transcultural nursing: Transforming the profession. [Videotape]*. Livonia, MI: Transcultural Nursing Society; 1994.

Fuentes secundarias

Fuentes periodísticas

McFarland, M.R. (2011). Dr. Madeleine Leininger reflects on her father protective care research with Dr. Marilyn McFarland [Video]. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, *2*(1). http://dx.doi.org/10.9730/ojccnh.org/v1n2d1.

Wehbe-Alamah, H.B., McFarland, M.R., & Vanderlaan, J.S. (2012). Leininger's early experiences in nursing and anthropology: A conversation with Dr. Madeleine Leininger [Video]. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, *4*(2). doi: http://dx.doi.org/10.9730/ojccnh.org/v2n4d1.

Libros

McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2016.

Capítulos de libro

Andrews MM. Globalization of the transcultural nursing theory and research. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:83–114.

Andrews MM, Collins J. Using the culture care theory as an organizing framework for a federal project on cultural competence. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:537–552.

Courtney R, Wolgamott S. Using Leininger's theory as the building block for cultural competence and cultural assessment for a collaborative care team in a primary care setting. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:345–368.

Curren D. Clinical nursing aspects discovered with the culture care theory. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:159–180.

Farrell LS. Culture care of the Potawatomi Native Americans who experienced family violence. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:207–238.

Knecht L, Sabatine C. Application of the culture care theory to international service-learning experiences in Kenya. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:475–501.

McFarland MR. Leininger's theory of culture care diversity and universality in nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization and application*. 5th ed. St Louis, MO: Elsevier; 2014:350–367.

McFarland MR, Mixer SJ, Lewis AE, Easley CE. Use of the culture care theory and as a framework for the recruitment, engagement, and retention of culturally diverse students in a traditionally European American baccalaureate nursing program. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:239–254.

McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, Vossos HB, Wilson M. Synopsis of findings discovered within a descriptive metasynthesis of doctoral dissertations guided by the culture care theory with use of the ethnonursing research method. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:287–315.

McFarland MR, Zehnder N. Culture care of German American elders in a nursing home context. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:181–205.

Mixer SJ. Application of the culture care theory in teaching cultural competence and culturally congruent care. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:369–387.

Morris EJ. An examination of subculture as a theoretical construct through an ethnonursing study of urban African American adolescent gang members. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:255–285.

Wehbe-Alamah HB. Culture care of Lebanese Muslim women in the Midwestern USA. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:307–325.

Wehbe-Alamah HB. Folk care beliefs and practices of traditional Lebanese and Syrian Muslims in the Midwestern United States. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:137–182.

Wehbe-Alamah HB. Madeleine Leininger's theory of culture care diversity and universality. In: Smith MC, Parker ME, eds. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2015:303–319.

Wehbe-Alamah HB, McFarland MR. Leininger's enablers for use with the ethnonursing research method. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:73–100.

Wehbe-Alamah HB, McFarland MR. The ethno-nursing research method. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:35–71.

Wehbe-Alamah HB, McFarland MR. Transcultural nursing course outline, educational activities, and syllabi using the culture care theory. In: McFarland MR, Wehbe-Alamah HB, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2015:553–577.

Wenger AFZ. Culture care and health of Russian and Vietnamese refugee communities in the United States. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006:327–348.

Artículos de revistas

Andrews MM. Global leadership in transcultural practice, education, and research. *Contemporary Nurse*. 2008;28(2):13–16.

Andrews MM, Thompson T, Wehbe-Alamah HB, et al. Developing a culturally competent workforce through collaborative partnerships. *Journal of Transcultural Nursing*. 2011;22(3):300–306.

Bhat A, Wehbe-Alamah HB, McFarland MR, Filter MS, Keiser M. Advancing cultural assessments in palliative care using web-based education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2015;17(4):348–355.

Coleman S, Garretson B, Wehbe-Alamah HB, McFarland MR, Wood M. RESPECT: Reducing 30-day emergency department visits and readmissions of bariatric surgical patients effectively through cultural

competency training of nurses. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*. 2016;6(1).

Hubbert AO. An ethnonursing research study: Adults residing in a Midwestern Christian philosophy urban homeless shelter. *Journal of Transcultural Nursing*. 2005;16(3):236–244.

Hubbert AO. A partnership of a Catholic-based health system, nursing, and American Indian traditional medicine practitioners. *Contemporary Nurse*. 2008;28(2):64–72.

McFarland, M.R. (2010, October). Theoretical basis for transcultural care: Theory of culture care diversity and universality (Madeleine Leininger). In M.K., Douglas, D.F., Pacquiao, (Eds.), *Core curriculum for transcultural nursing and health care*. Thousand Oaks, CA: Dual printing as supplement to *Journal of Transcultural Nursing, 21*(1), 92S–101S.

Mixer, S.J., & McFarland, M.R. (2010, October). Cross cultural communication: Use of Leininger's action modes in conflict resolution. In M.K., Douglas, D.F., Pacquiao, (Eds.), *Core curriculum for transcultural nursing and health care*. Thousand Oaks, CA: Dual printing as supplement to *Journal of Transcultural Nursing, 21*(1), 147S–150S.

Mixer SJ, McFarland MR, Andrews MM, Strang CW. Exploring faculty health and well-being: Creating a caring scholarly community. *Nurse Education Today*. 2013;33(2013):1471–1476.

Mixer SJ, Fornehed ML, Varney J, Lindley LC. Culturally congruent end-of-life care for rural Appalachian people and their families. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2014;16(8):526–534.

Wehbe-Alamah HB, Farmer ME, McFarland MR, Tower A, Jones M, Shah V, El Hayek J. Development of an extensible game architecture for teaching transcultural nursing. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*. 2015;5(1):64–74.

Wehbe-Alamah HB, McFarland MR, Macklin J, Riggs N. The lived experiences of African American women receiving care from nurse practitioners in a nurse-managed clinic in an urban context. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Health Care*. 2011;1(1):15–26.

Wolf KM, Zoucha R, McFarland MR, Salman K, Dagane A, Hashi N. Somali immigrant perceptions of mental health and illness: An ethnonursing study. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014, September 16;25:e1–e10.

Créditos de la fotografía: Dra. Madeleine Leininger, Madonna University, Livonia, MI, *circa* 1999. *Fuente:* The Madeleine M. Leininger Collection on Human Caring and Transcultural Nursing, ARC-008, Photo 03, Archives of Caring in Nursing, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL.

Este capítulo está dedicado a la memoria de la Dra. Madeleine Leininger.

23

Salud como expansión de la conciencia

Dorothy Jones

Mary Antonelli[*]

«Tenemos que abrazar una nueva visión de la salud. Nuestro cuidado debe estar vinculado a un concepto de salud que vaya más allá de la enfermedad, pero que la incluya. La teoría de la salud como expansión de la conciencia nos aporta esta perspectiva.»
(Newman, 2008, pág. 2)

Margaret A. Newman
(1933-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Margaret A. Newman nació el 10 de octubre de 1933 en Memphis, Tennessee. Obtuvo el grado de licenciada en Economía Doméstica e Inglés en la Baylor University, en Waco, Texas, y otro segundo grado en Enfermería en la University of Tennessee en Memphis (Newman, *curriculum vitae,* 1996). Obtuvo el grado de máster en Enfermería médico-quirúrgica y docencia en la University of California, San Francisco. Hizo el doctorado en Ciencia Enfermera y Enfermería de Rehabilitación en la Nueva York University en 1971.

Newman ha desempeñado puestos académicos en la University

of Tennessee, la New York University, la Pennsylvania State University y la University of Minnesota en Mineápolis (de la que es profesora emérita) hasta su jubilación en 1996. Durante su carrera como enfermera ha sido directora de Enfermería en el Clinical Research Center de la University of Tennessee, directora responsable del programa de doctorado de la Division of Nursing de la New York University, profesora responsable del programa de grado e investigación en Enfermería de la Pennsylvania State University, y profesora y teórica de Enfermería de la University of Minnesota.

Newman obtuvo numerosos honores y premios, incluidos el de la American Academy of Nursing en 1976; el Premio al Alumno Destacado de la Facultad de Enfermería de la University of Tennessee en Memphis, en 1975 y 2002; el Premio al Alumno Distinguido de la Division of Nursing de la New York University en 1984; el Hall of Fame de la Facultad de Enfermería de la University of Mississippi en 1988; el título como profesora visitante latinoamericana en 1976 y 1977; la beca del *American Journal of Nursing* en 1979; el Premio Docente Distinguida en la Seventh International Conference on Human Functioning, celebrada en Wichita, Kansas, en 1983; el Premio E. Louise Grant a la Excelencia en Enfermería, de la University of Minnesota en 1996; fue mencionada en las listas *Who's Who in American Women, Who's Who in America* y *Who's Who in American Nursing;* residente distinguida de la Facultad de Westminster, Salt Lake City, Utah, en 1991; ser nombrada docente distinguida en enfermería, por la Division of Nursing de la New York University en 1992; el Premio Sigma Theta Tau Founders Elizabeth McWilliams Miller por su excelencia en la investigación en 1993, y Premio a la Docencia en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Saint Xavier University en 1994. En 2008 fue nombrada Leyenda Viva por la American Academy of Nursing.

Newman presentó sus ideas sobre la teoría de la salud en 1978 en una conferencia sobre teoría de la enfermería en Nueva York. En aquel momento estaba investigando la relación de movimiento, tiempo y conciencia, y desarrollando su teoría de la salud como expansión de la conciencia. En 1985 Newman realizó grupos de trabajo en Nueva Zelanda y en la University of Tampere en

Finlandia, en una conferencia de 1 semana de duración sobre la teoría de la conciencia en relación con la enfermería (Newman, comunicación personal, 1988).

Newman publicó numerosos artículos, trabajos, capítulos de libro y libros sobre la teoría y su teoría de la salud como expansión de la conciencia. Entre los libros que ha publicado destacan *Theory Development in Nursing* (1979), *Health as Expanding Consciousness* (1986, 1994), *A Developing Discipline: Selected Works of Margaret Newman* (1995a) y *Transforming Presence: The Difference That Nursing Makes* (2008). En 2011, *Nursing Science Quarterly* publicó un número (volumen 24, tomo 3) dedicado a los logros de Newman para reconocer su trabajo.

Muchas publicaciones reflejan su pasión por integrar la teoría, la práctica y la investigación en enfermería; por hacer evolucionar los puntos de vista sobre las tendencias en la filosofía de la enfermería, y el análisis de los modelos teóricos sobre la práctica e investigación en enfermería (Newman, 1992, 1997b, 1999, 2003). Durante 1989 y 1990, Newman fue la principal investigadora de un proyecto orientado a analizar la teoría y estructura de un modelo profesional de práctica enfermera en los hospitales comunitarios y centros de salud Carondelet St. Mary en Tucson, Arizona (Newman, 1990b; Newman, Lamb y Michaels, 1991).

A lo largo del tiempo, Newman ayudó a difundir su teoría de la salud en más de 40 estados y numerosos países, y colaboró con paneles de revisión editorial, incluidos los de *Nursing Research, Western Journal of Nursing Research, Nursing and Health Care, Advances in Nursing Science* y *Nursing Science Quarterly*, y con el comité asesor de *Advances in Nursing Science* (Newman, comunicación personal, 2004).

Fuentes teóricas

La teoría de la salud como expansión de la conciencia surge de las primeras experiencias personales de la familia de Newman. Mientras cuidaba de su madre, que sufría una limitación de la capacidad de movimiento corporal por una esclerosis lateral amiotrófica, Newman empezó a interesarse por la enfermería. Desde sus años de estudiante de doctorado, el pensamiento de

Newman sobre la enfermería fue modelado por docentes de Enfermería y otras disciplinas. Estas influencias, las experiencias vitales y los logros académicos contribuyeron al desarrollo de la teoría de la salud de Newman como expansión de la conciencia.

La ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers (1970) y sus asunciones sobre la plenitud, el patrón y la unidireccionalidad son base de la teoría de Newman (Newman, comunicación personal, 2004). La fusión de los contrarios de Hegel (Acton, 1967) ayudó a Newman a conceptualizar la salud y la enfermedad dentro de un nuevo concepto de salud. La explicación de la vida de Bentov (1977) como el proceso de conciencia en expansión llevó a Newman a afirmar su concepto de salud como el proceso de conciencia en expansión (Newman, comunicación personal, 2004). El postulado de Newman que considera la enfermedad como una manifestación del patrón de la salud ha sido apoyado por la teoría del orden implicado de Bohm (1980). Newman afirmó (1994) que empezó a comprender «el patrón subyacente no visible que se manifiesta de diversas formas, incluida la enfermedad, y la interconexión y omnipresencia de todo lo que existe» (pág. xxvi). La teoría de Young (1976) sobre la evolución humana resaltó el papel del reconocimiento de patrones para Newman. Explicó que las ideas de Young aportaron el ímpetu para la integración de los conceptos básicos de su nueva teoría –movimiento, espacio, tiempo y conciencia– hasta crear un retraso dinámico de la vida y la salud (Newman, 1994). La experiencia del amor como el máximo nivel de conciencia de Moss (1981) fue importante para Newman, porque reafirmó y elaboró su intuición sobre la naturaleza de la salud. Newman (1997a) reconoce las aportaciones de múltiples teorías a la suya; aclara que su teoría «se enriqueció por ellas, pero no se basó en las mismas» (pág. 23).

Principales conceptos y definiciones

Salud

La **salud** es el «patrón del todo» de una persona e incluye la enfermedad como una manifestación del patrón de la totalidad,

basado en la premisa de que la vida es un proceso permanente de expansión de la conciencia (Newman, 1986). Se interpreta como el patrón en evolución de la persona y el entorno, y se contempla como una progresiva capacidad de percibir alternativas y responder de diversas formas (Newman, 1986). La salud es «un proceso transformador para conseguir una conciencia más inclusiva» (Newman, 2008, pág. 16).

Usando la fusión dialéctica de los contrarios de Hegel, Newman explicó conceptualmente cómo la enfermedad se fusiona con su contrario, la no enfermedad o ausencia de enfermedad, para generar un nuevo concepto de salud que es relacional y que «tiene un patrón, es emergente, impredecible, unitario, intuitivo e innovador», en lugar de seguir una perspectiva tradicional lineal, en la que sería «causal, predictivo, dicotómico, racional y controlador» (Newman, 1994, pág. 13). La salud y el patrón evolutivo de la conciencia son lo mismo. La esencia del paradigma emergente de la salud es el reconocimiento de patrones. Newman (1994) considera el proceso vital como la progresión hacia niveles de conciencia más altos.

Patrón

El **patrón** es información que muestra la totalidad y permite comprender el significado de todas las relaciones en un momento (Newman, comunicación personal, 2004). Se conceptualiza como un atributo fundamental de todo lo existente y da unidad a la diversidad (Newman, 1986). El patrón es lo que identifica a un individuo como una persona particular. Ejemplos de las manifestaciones explícitas del patrón de una persona son el patrón genético que contiene la información que dirige lo que va a suceder, el patrón de la voz o el patrón de movimiento (Newman, 1986). Las características del patrón incluyen el movimiento, la diversidad y el ritmo. El patrón se conceptualiza como algo íntimamente implicado en el intercambio y la transformación de la energía (Newman, 1994). Según Newman (1987b), «todo lo que se manifiesta durante la vida de una persona es la explicación de un patrón implicado subyacente… el fenómeno que llamamos salud es la manifestación de la evolución de este patrón» (pág. 37).

En su obra *Health as Expanding Consciousness,* Newman (1986, 1994) desarrolló el patrón como un concepto mayor empleado para comprender al individuo como ser completo. Newman describió un cambio de paradigma en el ámbito de la asistencia sanitaria: el cambio del tratamiento de los síntomas de la enfermedad a la búsqueda de los patrones y su significado. Newman (1994) afirmó que los patrones de interacción de la persona y el entorno constituyen la salud. Los patrones de vida individuales según Newman (2008) atraviesan «picos y valles, variaciones en el orden-desorden con significado para la persona» (pág. 6). Acontecimientos, como la enfermedad, forman parte de un proceso más amplio. Al interactuar con este acontecimiento, independientemente de lo destructiva que pudiera ser la fuerza, su energía aumenta la energía de la persona y fomenta su propio poder. Uno debe comprender el patrón del conjunto para comprenderlo (Newman, 1986). Newman describe que actualmente considera el proceso de desvelar el patrón como unidireccional y evolutivo en lugar de fijo (es decir, estadios), lo que sugiere que la elección puede ser un momento de conciencia consciente *(conscious awareness)* y reconocimiento de nuevas oportunidades. Conforme los individuos eligen nuevas acciones y conductas, sus respuestas pueden ser transformadoras, y permitir nuevas elecciones y experiencias (Newman, comunicación personal, abril de 2016).

Conciencia

La **conciencia** es la capacidad informativa del sistema y la capacidad del mismo de interactuar con su entorno (Newman, 1994). Newman afirma que resulta esencial comprender su definición de conciencia para entender la teoría. La conciencia no solo incluye la conciencia cognitiva y afectiva, sino también «la interconexión de todo el sistema vivo, que incluye el mantenimiento fisicoquímico y los procesos de crecimiento, además del sistema inmunitario» (Newman, 1990a, pág. 38).

En 1978 Newman identificó tres correlatos de la conciencia (tiempo, movimiento y espacio) como manifestaciones del patrón del todo. El proceso vital se interpreta como una progresión hacia un nivel mayor de conciencia. Newman (1979) contempla la

expansión de la conciencia como lo que representa la vida y la salud, y el sentido del tiempo es un indicador del nivel cambiante de conciencia.

Newman (1986) integra la definición de Bentov (1977) de conciencia absoluta como «un estado en el que los conceptos contrarios se reconcilian y fusionan. El movimiento y el reposo se fusionan en uno» (pág. 67). La conciencia absoluta se hace equivalente al amor, donde todos los opuestos se reconcilian y todas las experiencias se aceptan por igual y de forma incondicional, como amor y odio, dolor y placer, y enfermedad y ausencia de enfermedad. Reed (1996) coincide con la teoría de Newman en que la fase de desarrollo evolutivo es aquella en la que la persona va más allá de centrarse en su propio yo, limitado por el tiempo, el espacio y las preocupaciones físicas, dando a entender que la transcendencia es el proceso mediante el cual la persona alcanza un nivel de conciencia superior.

Movimiento-espacio-tiempo

Newman pone de relieve la importancia de analizar **movimiento-espacio-tiempo** juntos como dimensiones de los patrones emergentes de la conciencia en lugar de hacerlo como conceptos separados de la teoría (Newman, comunicación personal, 2004).

Uso de datos empíricos

La idea básica de la teoría de la salud como expansión de la conciencia procede de las propias experiencias familiares de Newman. La lucha de su madre contra la esclerosis lateral amiotrófica generó su interés por la enfermería. A partir de aquella experiencia surge la idea de que «la enfermedad refleja los patrones vitales de la persona y hace falta reconocer el patrón y aceptarlo por su significado para esa persona» (Newman, 1986, pág. 3).

En toda la obra de Newman, el uso de términos como *llamada a la enfermería, sentimiento parecido al crecimiento de la conciencia, temor, poder, significado de la vida y la salud, creencia en la vida tras la muerte, rituales de salud* y *amor* sugiere que Newman trataba de dar lógica a una experiencia vital desagradable. Su experiencia vital fue el estímulo que dio origen a la maduración hacia el desarrollo de la

teoría de enfermería. Dentro de su esquema filosófico, Newman empezó a desarrollar la síntesis de enfermedad-no enfermedad-salud como reconocimiento del patrón total de una persona.

Se han realizado investigaciones sobre las bases teóricas (Newman, 1987b). En 1979 Newman escribió que para que la investigación en enfermería tenga significado en términos del desarrollo de teorías debe tener tres componentes: 1) tener el objetivo de demostrar la teoría; 2) explicitar el marco teórico sobre el cual se basan las pruebas de demostración, y 3) reexplorar las asunciones teóricas a la luz de los hallazgos (Newman, 1979). Ella consideraba que, si la salud se interpreta como un proceso personal individual, la investigación debería centrarse en estudios que analicen los cambios y los parecidos en los significados y patrones personales.

Principales premisas

La base de las asunciones de Newman (Newman, comunicación personal, 2000) es su definición de salud, que está basada en el modelo de enfermería de Rogers de 1970 y específicamente en la plenitud, el patrón y la unidireccionalidad recogidos en este. A partir de estas ideas, Newman desarrolló las siguientes cinco asunciones, que siguen apoyando su teoría (Newman, 2008):

1. La salud incluye los procesos que a partir de ahora se describen como enfermedades o, en términos médicos, patologías.
2. Estos procesos «patológicos» pueden considerarse una manifestación del patrón total del individuo.
3. El patrón del individuo que se acaba manifestando como una patología es primario y existe antes de los cambios estructurales o funcionales.
4. La eliminación de la patología por sí sola no modifica el patrón del individuo.
5. Si «enfermar» es la única forma en que se puede manifestar el patrón del individuo, esta situación representaría la salud para esa persona.

A partir de estas asunciones, Newman estableció su tesis: *la salud es la expansión de la conciencia* (Newman, comunicación personal, 2008).

Las asunciones implícitas de Newman sobre la naturaleza humana incluyen que se trata de un sistema unitario, abierto, en interconexión continua con el sistema abierto del universo y que continuamente participa en el patrón evolutivo del todo (Newman, comunicación personal, 2000). Ella conceptúa el descubrimiento de la conciencia como un proceso que sucede independientemente de las acciones que realicen las enfermeras. Sin embargo, estas ayudan a los clientes que están entrando en contacto con lo que sucede y de este modo les facilitan el proceso (Newman, 1994).

Newman definió que «el cuidado en la experiencia de la salud humana» (Newman, comunicación personal, 2004; Newman, Sime y Corcoran-Perry, 1991, pág. 3) representa el foco de la enfermería, y especificó que este foco es el metaparadigma de la disciplina. Afirma que los conceptos interrelacionados de enfermería, persona, salud y entorno son inherentes dentro de este foco (M. Newman, comunicación personal, 2004). Procediendo de un paradigma transformador y unitario de la disciplina, Newman no considera estos conceptos de forma aislada y por eso no los analiza por separado, sino que trabaja acerca de la enfermería y la salud. En los párrafos siguientes se emplean las definiciones implícitas en el trabajo de Newman para comentar los cuatro componentes.

Enfermería

Newman destaca la primacía de las relaciones como foco de la enfermería, tanto las relaciones enfermera-cliente como las relaciones dentro de la vida de los clientes (Newman, 2008). Durante las relaciones dialécticas enfermera-cliente, los clientes entran en contacto con el significado de su vida mediante la identificación de significados en el proceso de sus patrones de relación en evolución (Newman, 2008). «Este proceso se centra en el conocimiento/cuidado a través del reconocimiento de patrones» (Newman, 2008, pág. 10). El conocimiento de estos patrones permite a los clientes visualizar las posibilidades de acción, lo que les abre una vía para la transformación (Newman, 1990a).

Las enfermeras facilitan que los clientes reconozcan los patrones estableciendo relaciones con ellos en aspectos críticos de sus vidas y conectando con ellos de una forma auténtica. La relación enfermera-cliente se caracteriza por un «aproximarse y alejarse rítmico cuando los clientes afrontan una alteración de su estado organizado y predecible» (Newman, 1999, pág. 228). Afirma que las enfermeras siguen contactando con los clientes mientras atraviesan períodos de desorganización e impredecibilidad para conseguir llegar a un estado organizado superior (Newman, 1999). La enfermera se aproxima a los clientes en puntos de elección críticos de sus vidas y participa con ellos en el proceso de expansión de la conciencia. La relación se caracteriza por la ritmicidad y la temporalidad, de forma que la enfermera se inhibe de la necesidad de dirigir la relación o fijar sus aspectos. Cuando la enfermera renuncia a la necesidad de manipular o controlar la relación, existe una mayor capacidad de entrar en esta camaradería fluctuante y rítmica con el cliente (Newman, 1999). Newman ha representado de forma esquemática este proceso de aproximación y alejamiento en la interacción enfermera-cliente mediante los procesos de reconocimiento, introspección y transformación (fig. 23.1). Las enfermeras son compañeras en el proceso de expansión de la conciencia, y también se transforman y ven sus vidas mejoradas en el proceso de diálogo (Newman, 2008). Como facilitadoras, las enfermeras ayudan a los individuos, las familias o la comunidad a centrarse en los patrones de relación (M. Newman, comunicación personal, 2004; Pharris, 2005). Por tanto, el proceso de enfermería corresponde al reconocimiento de patrones.

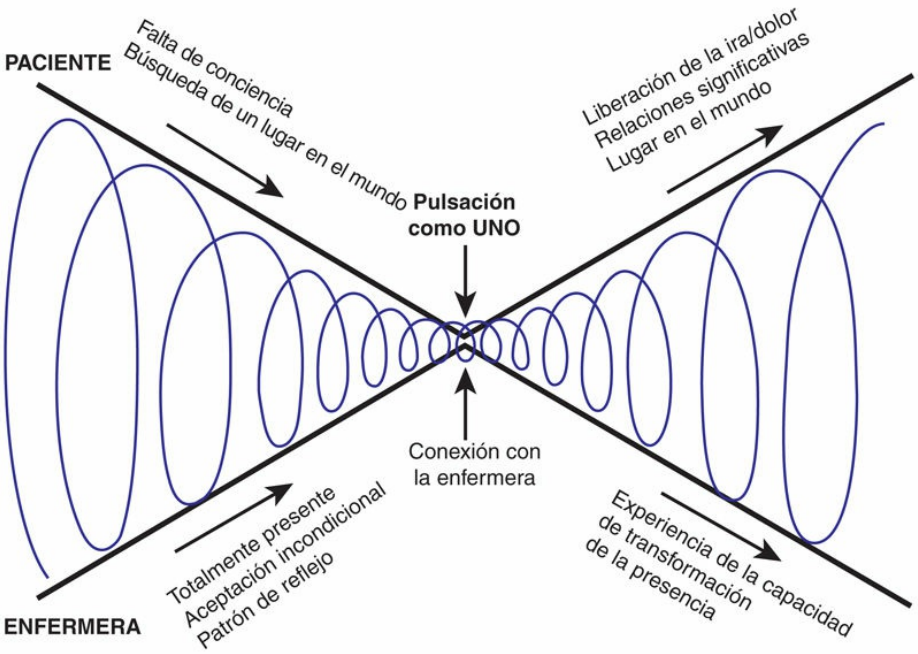


FIGURA 23.1 Enfermera y paciente aproximándose y alejándose en el proceso de reconocimiento, introspección y transformación. (Tomado de Newman, M. A. [2008]. *Transforming presence: The difference that nursing makes.* Philadelphia: F. A. Davis.)

La sugerencia inicial de Newman (Newman, 1995b) era que los patrones de interacción unitarios persona-entorno podrían emplearse para facilitar el reconocimiento de patrones por parte de los clientes. En aquella época, los patrones estaban orientados a guiar a las enfermeras en la realización de observaciones holísticas sobre las «conductas persona-entorno que en conjunto determinan un patrón muy específico de la totalidad de cada persona» (Newman, 1995b, pág. 261). Newman (2008) posteriormente destacó que es mejor concentrarse en los aspectos más significativos para los clientes de su propia historia y los patrones de relación.

Dentro de la teoría el papel de la enfermera en las interacciones enfermera-cliente se considera como una «presencia cuidadora, reconocedora de patrones» (Newman, 2008, pág. 16). La enfermera percibe los patrones en las historias o secuencias de acontecimientos de los clientes, que se modifican con la nueva información. Según Newman (2008), es importante que las enfermeras tengan una visión global de las historias de los clientes. Mediante la escucha activa, la enfermera accede a la totalidad a través de las partes e

intuye la totalidad a partir del patrón. Las diferencias se interpretan como parte de una totalidad unificada. La enfermera facilita la introspección de los clientes mediante la compartición dentro del proceso de reconocimiento de patrones, lo que abre posibilidades de acción (Newman, 1987b).

Persona

En todo el trabajo de Newman, los términos *cliente, paciente, persona, individuo* y *ser humano* se utilizan como sinónimos. Los clientes se interpretan como participantes en el proceso de transformación.

Las personas como individuos se identifican por sus patrones individuales de conciencia (Newman, 1986) y se definen como «centros de conciencia con un patrón global de conciencia en expansión» (Newman, 1986, pág. 31). La definición de *personas* incluye la familia y la comunidad (Newman, 1994).

Entorno

Aunque el entorno no queda definido de forma explícita, se describe como el todo más grande, que contiene la conciencia del individuo. El patrón de la conciencia de la persona interactúa en el seno de la conciencia familiar y dentro del patrón de interacciones comunitarias (Newman, 1986). Una asunción principal es que «la conciencia es coextensiva en el universo y reside en toda la materia» (Newman, 1986, pág. 33). El cliente y el entorno se conceptúan como un patrón unitario en evolución (Newman, 2008).

Newman identifica las interacciones entre persona y entorno como un proceso clave que genera configuraciones únicas para cada individuo. Los patrones de persona-entorno evolucionan a niveles de conciencia más altos. La asunción es que toda la materia del universo-entorno tiene conciencia, pero a distintos niveles. La interpretación de esta idea de Newman explica que la salud es el patrón de interacción de la persona con el entorno. La enfermedad en un campo de energía humano es la manifestación de un patrón de interacción persona-entorno único.

Salud

La salud es el principal concepto de la teoría de la salud como expansión de la conciencia de Newman. La fusión de enfermedad y no enfermedad crea una síntesis que se interpreta como salud (Newman, 1979, 1991, 1992). Enfermedad y no enfermedad reflejan un todo de mayor tamaño; por tanto, se formó un nuevo concepto de salud, «patrón del todo» (Newman, 1986, pág. 12). Newman (1999) desarrolló todavía más su percepción de la salud al afirmar que «la salud es el patrón del todo y la totalidad *es*» (pág. 228). No es posible ganar o perder la totalidad. Enfermar no disminuye la totalidad o plenitud desde esta perspectiva, pero la totalidad adopta una forma distinta. Newman (2008) afirma que el reconocimiento de patrones es la esencia de la salud emergente. «Como manifiesto de la salud, que comprende la enfermedad y la no enfermedad, se puede considerar como la explicación del patrón persona-entorno subyacente» (Newman, 1994, pág. 11). Por tanto, la salud y el patrón de conciencia en evolución son lo mismo; específicamente la salud se contempla como «un proceso de transformación para la conciencia más inclusiva» (Newman, 2008, pág. 16).

Fundamentos teóricos

Diseño inicial de los conceptos y proposiciones

Los primeros trabajos se centraban en los conceptos *movimiento, espacio, tiempo* y *conciencia.* En *Theory Development in Nursing,* Newman (1979) definía las relaciones entre el movimiento, el tiempo, el espacio y la conciencia. Una de sus propuestas planteaba una relación complementaria entre el tiempo y el espacio (Newman, 1979, 1983). Existen ejemplos de esta relación a nivel macrocósmico, microcósmico y humanístico (diario). A nivel humanístico, los individuos muy móviles viven en un mundo con un espacio expandido y un tiempo compartimentalizado. Existe una relación inversa entre tiempo y espacio, de forma que, cuando se reduce el espacio en la vida de una persona, por una inmovilidad física o social, su tiempo aumenta (Newman, 1979).

El **movimiento** es «una forma de hacer realidad el tiempo y el

espacio» (Newman, 1983, pág. 165). La humanidad se encuentra en un estado de movimiento constante y sufre cambios constantes a nivel interno (celular) y externo (mediante el movimiento corporal y la interacción con el entorno). Este movimiento a través del tiempo y el espacio es responsable de la percepción única de la realidad que tiene la humanidad. El movimiento posibilita el cambio y permite al individuo experimentar el mundo (Newman, 1979).

El movimiento se denominó también «reflejo de la conciencia» (Newman, 1983, pág. 165). Es una forma de experimentar la realidad y el entorno el cual el individuo expresa sus pensamientos y sentimientos acerca de la realidad de las experiencias. Un individuo transfiere la conciencia del ser mediante el movimiento que implican el lenguaje, la postura y el movimiento corporal (Newman, 1979). Es posible encontrar indicaciones sobre la organización interna de una persona y la percepción que esta tiene del mundo en el ritmo y el patrón de movimiento de la persona. Los patrones de movimiento aportan una comunicación adicional más allá de la que permite el lenguaje (Newman, 1979).

El concepto de **tiempo** se interpreta como una función del movimiento (Newman, 1979). Esta idea se ve apoyada por los estudios realizados por Newman (1972) sobre la experiencia del tiempo relacionada con el movimiento y el tempo de la marcha. Las investigaciones de Newman demostraron que, cuanto más lentamente camina el individuo, con menor subjetividad experimenta el tiempo. Sin embargo, comparado con el tiempo de reloj, parece que el tiempo «vuela». Aunque los individuos que se mueven con rapidez tienen la sensación subjetiva de «estar batiendo al reloj», ellos refieren que les parece que el tiempo se arrastra cuando miran el reloj (Newman, 1972, 1979).

El tiempo se conceptualiza también como una medida de la conciencia (Newman, 1979). Bentov (1977) midió la conciencia con un cociente entre el tiempo subjetivo y objetivo, para proponer esta hipótesis. Newman aplicó esta medida de la conciencia a los datos objetivos y subjetivos de sus investigaciones y demostró «un aumento de la conciencia con la edad» (Newman, 1982, pág. 293). Newman citaba esta evidencia como apoyo de su idea de que los procesos vitales evolucionan hacia una expansión de la conciencia.

Sin embargo, reconocía que algunos estados de ánimo, como la depresión, podían asociarse a una reducción del sentido del tiempo (Newman y Gaudiano, 1984).

Síntesis de los patrones de movimiento, espacio-tiempo y conciencia

Al avanzar en su teoría, Newman desarrolló una síntesis del patrón de movimiento, espacio, tiempo y conciencia (Newman, comunicación personal, 2004, 2008). El tiempo no se conceptualizaba sencillamente como subjetivo u objetivo, sino que se contemplaba con sentido holográfico (Newman, comunicación personal, 2000). Según Newman (1994), «cada momento tiene un orden explícito y también comprende a los demás, lo que quiere decir que cada momento de nuestras vidas contiene todos los momentos de todo el tiempo» (pág. 62). Newman (1986) ilustraba el carácter central del espacio-tiempo con el siguiente ejemplo:

«La Sra. V intentó repetidamente alejarse de su marido y entrar en un programa formativo para aumentar su independencia. Sentía que no tenía espacio propio y trataba de alejarse (espacio) de su marido. Sentía que no tenía tiempo de ocio (propio), estaba saturada de trabajo y se dedicaba constantemente a cubrir las necesidades de los demás. Estaba sumisa a las exigencias y críticas de su marido.»

(Pág. 56)

El espacio, el tiempo y el movimiento quedaron posteriormente vinculados en la afirmación de Newman (1986) de que la intersección movimiento-espacio-tiempo representa a la persona como centro de conciencia. Además, esta varía de una persona a otra, de un lugar a otro y de un momento a otro. Newman (1986) puso énfasis en que la principal misión de la enfermería es ser capaz de ver los conceptos de movimiento- espacio-tiempo en relación entre ellos y considerarlos a la vez, reconociendo los patrones de la conciencia en evolución.

En *Health as Expanding Consciousness* (Newman, 1986, 1994), la

teoría de Newman incorporó el trabajo del espectro de la conciencia de Young (Young, 1976). Ella observó que el tema central de Young es que el yo y el universo tienen la misma naturaleza. Esta naturaleza esencial no se podía definir, pero se caracterizaba por una libertad completa y una capacidad ilimitada de elección al principio y al final de la trayectoria vital (Newman, 1986).

Newman estableció un corolario entre su modelo de salud como conciencia en expansión y la concepción de evolución de los seres humanos de Young (fig. 23.2). Explicó que los individuos se convierten en seres por el estado de conciencia y que están ligados en el tiempo, encuentran su identidad en el espacio y, a través del movimiento, aprenden la «ley» sobre la forma en que funcionan las cosas; luego realizan elecciones, que acaban llevándoles más allá del espacio y el tiempo hasta alcanzar un estado de conciencia absoluta (Newman, 1994).

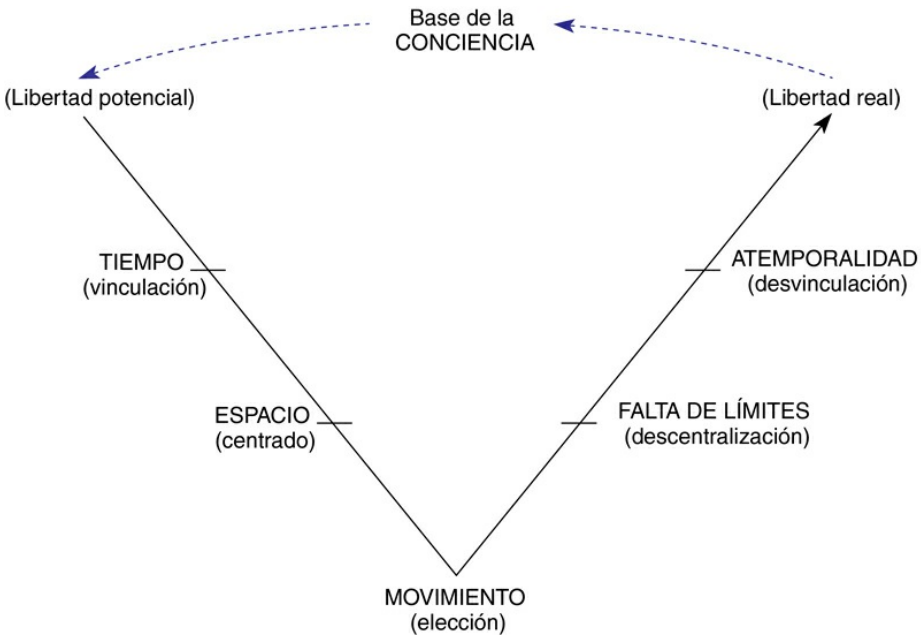


FIGURA 23.2 Paralelismo entre la teoría de la expansión de la conciencia de Newman y los estadios de la evolución humana de Young. (Tomado de Newman, M. A. [1990]. Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly, 3*[1], 37–41.)

Newman (1994) también afirmó que las restricciones en el movimiento-espacio-tiempo tienen el efecto de forzar una

conciencia que se extiende más allá del yo físico. Cuando se altera el movimiento natural, el espacio y el tiempo se alteran también. Cuando el movimiento se restringe (físico o social), es necesario que el individuo vaya más allá de su yo, lo que convierte al movimiento en un importante punto de elección en el proceso de conciencia humana en evolución (Newman, 1994). Ella asumía que la conciencia se correspondía con «la reforma interna autogenerada de la que Young [hablaba] como punto de inflexión del proceso» (Newman, 1994, pág. 46). Cuando una persona evoluciona a un estado a atemporalidad, la libertad respecto del tiempo aumenta. Finalmente, el último estadio es la conciencia absoluta, que Newman (1994) lo equiparaba con el amor.

Énfasis en el proceso de la experiencia enfermera-cliente

Al darse cuenta de que las pruebas de investigación iniciales de sus afirmaciones derivaban de una percepción mecanicista de la conciencia movimiento-espacio-tiempo y no hacían honor a las asunciones básicas de su teoría, Newman desplazó el foco hacia una implicación auténtica de las enfermeras investigadoras como participantes con el cliente en el patrón desenmascarado de la conciencia en expansión (Newman, 2008). El paradigma transformador unitario exigía que la investigación haga honor y revele la naturaleza mutua de la interacción entre enfermera y cliente, el carácter único y pleno del patrón en cada situación de los clientes y el movimiento del proceso vital hacia una conciencia superior.

«Con el paradigma unitario transformador, el investigador hace honor y revela la naturaleza mutua de la interacción entre enfermera y cliente con la intención de ayudar» (Newman, 2008, pág. 21). Además, este proceso se centra en «la transformación de un punto a otro e incorpora la naturaleza única y completa del patrón en cada situación del cliente y el movimiento del proceso vital hacia un nivel de conciencia superior» (Newman, 2008, pág. 21). Newman (2008) afirma que «la naturaleza de la práctica de la enfermería es el cuidado, la relación de reconocimiento de patrones entre enfermera y cliente –una relación que es una presencia

transformadora–» (pág. 52).

El protocolo de esta investigación se inició en 1994, y en las investigaciones actuales se siguen aplicando variaciones de esta recomendación. Litchfield (1999) explicó este proceso como una «sabiduría práctica» en su trabajo con familias de niños hospitalizados, y Endo (1998) analizó las fases del proceso en su trabajo con mujeres afectadas por cáncer de ovario. Los datos de esta investigación práctica revelan evidencias de la conciencia en expansión en la calidad y conectividad de las relaciones con el cliente y apoyan la importancia de la presencia creativa de las enfermeras en la introspección de los participantes (Newman, comunicación personal, 2004, 2008). Las variaciones de esta práctica investigadora se han empleado en numerosas poblaciones y situaciones (Newman, 2008; Picard y Jones, 2007).

Este método de estudio se llama **indagación cooperativa** o **participación interactiva integradora.** Newman (1989, 1990a) desarrolló un método para describir los patrones de descubrimiento y evolución a lo largo del tiempo. Newman (1990a) afirmó que durante el desarrollo de una metodología para confirmar su teoría de la salud, «compartir nuestra percepción (de los investigadores) del patrón de la persona con ella fue significativo para los participantes y estimuló nueva introspección sobre la propia vida» (pág. 37).

En 1994, describió el protocolo de investigación como **dialéctica hermenéutica,** un método que permite que se revele el patrón persona-entorno sin alterar la unidad del patrón (Newman, comunicación personal, 2000).

Planteamiento lógico

Newman utilizó la lógica deductiva e inductiva en el desarrollo inicial de su teoría. La lógica inductiva se basa en la observación de situaciones particulares para luego relacionarlas y formar un todo. La teoría del desarrollo de Newman procede de sus investigaciones iniciales sobre la percepción del tiempo y el tempo de la marcha. Posteriormente usaría tiempo y movimiento, junto con el espacio y la conciencia, como componentes centrales de su marco conceptual inicial. Estos conceptos la ayudaron a explicar «los fenómenos de

los procesos vitales y, por tanto, de la salud» (Newman, 1979, pág. 59). Newman (1997a) describe la evolución de la teoría cuando esta pasó de una explicación lineal y demostración de los conceptos de tiempo, espacio y movimiento a una elaboración de patrones interactivos como manifestaciones de la conciencia en expansión. La evolución de la teoría de la salud como expansión de la conciencia como proceso de evolución en conjunto con la investigación se produjo en varios estadios (Newman, 1997a, 1997b). Estos estadios incluyeron la demostración de las relaciones de los conceptos de movimiento, espacio y tiempo; la identificación de los patrones persona-ambiente secuenciales, y el reconocimiento de la centralidad de las relaciones enfermera-cliente o el diálogo para la progresiva introspección del cliente y el potencial de acción acompañante. El proceso se hizo cíclico cuando los conceptos originales de movimiento-espacio-tiempo surgieron como dimensiones en el proceso de conciencia en evolución unitario (Newman, 1997a).

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

Newman considera que la investigación en el seno de la teoría de la salud como expansión de la conciencia es práctica, lo que ella define como «un proceso mutuo entre la enfermera y el cliente con la intención de ayudar» (Newman, 2008, pág. 21). Además, este proceso mutuo se centra «en la transformación de un punto a otro e incorpora la orientación de una teoría *a priori*» (Newman, 2008, pág. 21). La investigación y la práctica se entrelazan con la teoría.

Según la perspectiva de Newman, la responsabilidad de las enfermeras es establecer una relación primaria con el individuo-participante para identificar los patrones significativos y facilitar la capacidad de acción y de toma de decisiones del individuo-participante (Newman, 2008). Resulta esencial la comunicación y colaboración con otras enfermeras, asociados y profesionales sanitarios (Newman, 1989). Las enfermeras como principales profesionales de cuidado centrados por completo en las relaciones

con el individuo pueden relacionarse bien con su perspectiva del papel profesional de la enfermera. Desde la perspectiva de Newman, la enfermería es el estudio del «cuidado de la experiencia humana de la salud» (Newman, Lamb y Michaels, 1991, pág. 3). El papel de la enfermera en esta experiencia es ayudar a los individuos a reconocer sus patrones, lo que ilumina las posibilidades de acción que dan paso a la transformación.

Esta teoría se ha aplicado en la práctica con diversas poblaciones de clientes. Kalb (1990) aplicó la teoría de la salud de Newman al tratamiento clínico de las gestantes hospitalizadas por diversas complicaciones de la salud materno-fetal. El trabajo de Smith (1995) se centró en la salud de mujeres afroamericanas rurales. Yamashita (1999) estudió a los cuidadores de familias japonesas y canadienses, y Rosa (2006, 2016) trabajó con personas que tenían heridas cutáneas crónicas. Benzein, Olin y Persson (2014) encontraron conversaciones entre familias suecas que reflejaban el bienestar de Newman y que controlaban mejor su salud. Kamau, Rotich y Mwembe (2015) aplicaron la teoría de Newman para diseñar el cuidado de enfermería de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Kenia, África. Pierre-Louis et al. (2011) analizaron los patrones de vida de las diabéticas afroamericanas, MacLeod (2011) estudió las experiencias de los cónyuges cuidadores y Ness (2009) aplicó la teoría para estudiar la expresión del dolor en el postoperatorio de mujeres somalíes.

Los estudios se han centrado en los patrones de las personas con artritis reumatoide (Brauer, 2001; Neill, 2002; Schmidt, Brauer y Peden-McAlpine, 2003); de los pacientes oncológicos (Barron, 2005; Endo, 1998; Endo et al., 2000; Karian, Jankowski y Beal, 1998; Kiser-Larson, 2002; Moch, 1990; Newman, 1995c; Roux, Bush y Dingley, 2001; Utley, 1999); de los pacientes con una cardiopatía coronaria (Newman y Moch, 1991); de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Jonsdottir, 1998); de la hepatitis C (Thomas, 2002), y del VIH y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (Kamau, Rotaich y Mwembe, 2015; Lamendola y Newman, 1994).

Hayes (2015) empleó la teoría de Newman para estudiar los patrones de las mujeres encarceladas. Hatzfeld et al. (2015) estudiaron los factores que influyen sobre la conducta de salud del

personal militar y publicaron que sus hallazgos se correspondían con la teoría de Newman. Tiffany y Hoglund (2016) aplicaron la teoría de Newman en la formación enfermera mediante el estudio de un caso simulado.

Litchfield (1999) describió el patrón de las relaciones enfermera-cliente en las familias con enfermedades frecuentes e ingresos hospitalarios de niños menores de 1 año y su uso en salud familiar. Weingourt (1998) describió el uso de la teoría de la salud de Newman en ancianos que vivían en residencias, y Capasso (2005) valoró la mejor recuperación emocional y física de los clientes como consecuencia de la aplicación de la teoría en las interacciones enfermera-cliente.

Otras investigaciones han analizado el reconocimiento de los patrones de salud en pacientes con esclerosis múltiple (Neill, 2005), el cuidado de pacientes con demencia por sus cónyuges (Brown y Alligood, 2004; Brown et al., 2007), hombres adolescentes encarcelados por asesinato (Pharris, 2002) y las experiencias vitales de las mujeres negras caribeñas (Peters-Lewis, 2006). Otros estudios han investigado los patrones de vida de las mujeres que han conseguido perder peso con éxito y mantenerlo (Berry, 2002), aspectos que victimizan la sexualidad y los patrones de recuperación (Smith, 1997), el significado de la muerte de un hijo adulto para un anciano (Weed, 2004), la experiencia de los familiares que sufren la muerte súbita de un niño (Picard, 2002), la facilitación por enfermería de la salud como expansión de la conciencia en familias con hijos que sufren necesidades de cuidado especiales (Falkenstern, 2003) y la salud como expansión de la conciencia para conceptualizar la adaptación en pacientes quemados (Casper, 1999).

Las investigaciones de Newman se han empleado a nivel práctico para describir cómo vivencian el paso de la vida las mujeres en la mitad de la adolescencia (Shanahan, 1993), patrones de expansión de la conciencia en las mujeres de edad media (Picard, 2000) y mujeres que están empezando la menopausia (Musker, 2005), y patrones de las familias con niños con fragilidad por motivos médicos (Tommet, 2003). Endo et al. (2005) realizaron una investigación en la que participaron enfermeras en activo y demostraron que estos encontraban un mayor significado en su

vida como consecuencia de la capacidad de transformación del reconocimiento de patrones en su trabajo con los clientes. Flanagan (2005) encontró que las enfermeras preoperatorias que trabajaban con esta teoría veían el efecto de su presencia a través de los cambios en las experiencias de los pacientes. Ruka (2005) desarrolló un modelo de asistencia enfermera domiciliaria que usaba el reconocimiento de patrones en personas con demencia. Bateman y Merryfeather (2014) describieron los beneficios personales positivos sobre las vidas de las enfermeras cuya práctica se basaba en la teoría de la salud como expansión de la conciencia de Newman. Dyess (2011) se centró en el concepto de fe en el contexto de la salud como expansión de la conciencia. Haney y Tufts (2012) utilizaron la salud como expansión de la conciencia para elaborar un estudio sobre cuidado domiciliario de la salud de la comunicación electrónica para el bienestar parental y la satisfacción en relación con los niños médicamente frágiles.

Formación

Newman (1986) afirmó que, idealmente, «las enfermeras necesitan ser libres para relacionarse con los pacientes mediante una camaradería mantenida, que no se limita a un momento o lugar concreto» (Newman, 1986, pág. 89). Ella sugirió que la formación en Enfermería giraba alrededor del patrón como concepto, sustancia, proceso y método. La formación con este método permite reconocer a las enfermeras como una fuente importante para el desarrollo continuado de la asistencia sanitaria. Newman (2008) propone que «la atención a la naturaleza del aprendizaje transformante ayudará a establecer las prioridades de la disciplina» (pág. 73). Cuando estudiantes y profesores empiezan a implicarse en la conciencia intuitiva, resuenan entre ellos de una forma transformadora (Endo et al., 2007).

La teoría de Newman en relación con la formación enfermera revela que la docencia del método de investigación práctica también enseña a los alumnos un método práctico congruente con la teoría y es un medio que permite a los estudiantes experimentar la transformación mediante el reconocimiento de patrones (Newman, 2008). Newman considera la teoría, la práctica y la

investigación como un proceso más que como dominios separados. La enseñanza de la teoría de la salud como expansión de la conciencia pasa desde una percepción dicotómica de la salud a otra que acepta la enfermedad como manifestación de la salud. Aprender a abandonar el control profesional y respetar las elecciones del paciente es parte integral de la práctica dentro de este modelo. Los estudiantes y las enfermeras en práctica que usan la teoría de Newman afrontan la transformación personal aprendiendo a reconocer los patrones mediante las interacciones enfermera-cliente. La experiencia personal del individuo es la clave no solo de la docencia y la práctica sino también de la investigación. Newman (1994) explica que las enfermeras tienen que sentir su propio patrón de relación como indicación del patrón de interacción enfermera-cliente. Pone de relieve la necesidad de encontrar sentido en el proceso de la relación con los clientes desde el interior, prestando atención al «nosotros» en la relación enfermera-cliente (Newman, 1997b).

La teoría de Newman se ha empleado en la formación enfermera para dotar de contenido a un modelo llamado **red de curación.** Este modelo se diseñó para integrar la formación enfermera y el servicio de enfermería dentro de los programas de formación privada y pública para la formación graduada de las enfermeras en Dakota del Sur (Bunkers et al., 1992). Una serie de docentes describen la aplicación de la teoría de la salud como expansión de la conciencia en distintos aspectos de la formación enfermera (Clarke y Jones, 2011; Endo et al., 2007; Picard y Mariolis, 2002, 2005; Tiffany y Hoglund, 2016). Sethares y Gramling (2014) demostraron que el uso de la teoría en el currículo clínico permitía a los estudiantes conocer a sus pacientes desde una perspectiva más holística. La experiencia resultaba transformadora para los estudiantes y sus pacientes. Estas experiencias permiten «introducir este conocimiento para la comprensión de la enfermería profesional» (Sethares y Gramling, 2014, pág. 307).

Investigación

Desde el principio, la teoría de la salud de Newman fue útil en la práctica de la enfermería, porque contenía los conceptos de

movimiento y tiempo que se emplean en la profesión enfermera y que son intrínsecos a las intervenciones de enfermería, como la amplitud de movimiento y la deambulación (Newman, 1987a). Las investigaciones iniciales sobre esta teoría manipularon los conceptos de espacio, tiempo y movimiento. Además de Newman, varios investigadores realizaron estudios sobre el tiempo, el espacio o el movimiento. Newman y Gaudiano (1984) se concentraron en la depresión en ancianos y reducción del tiempo subjetivo. Mentzer y Schorr (1986) emplearon el modelo de la duración del tiempo como índice de la conciencia de Newman en un estudio sobre ancianos institucionalizados. Engle (1986) valoró la relación entre movimiento, tiempo y valoración de la salud. Schorr y Schroeder (1989) estudiaron diferencias en la conciencia en relación con el tiempo y el movimiento, y en otro estudio valoraron las relaciones entre la conducta de tipo A, la orientación temporal y la ansiedad de muerte como manifestaciones de la conciencia con resultados mixtos (Schorr y Schroeder, 1991). Durante los años ochenta, el uso de la salud como expansión de la conciencia permitió a Marchione investigar el significado de los acontecimientos incapacitantes en las familias en las que una persona adicional pasaba a ser parte de la familia nuclear. La adición fue un acontecimiento alterador para la familia y generó trastornos en el tiempo, el espacio, el movimiento y la conciencia, lo que sugiere que el trabajo de Newman con patrones podría emplearse para comprender las interacciones familiares (Marchione, 1986). Esta conciencia ha conducido a décadas de investigación y progreso con el proceso de patrones hermenéuticos para la investigación y práctica de la enfermería. Newman considera que el concepto de salud como expansión de la conciencia procede de la perspectiva de Rogers, incorporando las teorías del cuidado y proyectando un proceso de transformación (Newman, 2005). Los investigadores futuros tendrán una gran ayuda en la extensa revisión de la bibliografía científica sobre la teoría de la salud como expansión de la conciencia realizada por Smith (2011).

Evolución

Los estudios de investigación antes comentados y la aplicación a la

práctica enfermera en este capítulo refuerzan la teoría de la salud como expansión de la conciencia e iluminan la importancia del reconocimiento de patrones en el proceso de expansión de la misma. La teoría se ha usado de forma extensa para explorar y comprender la experiencia de la salud en el seno de la enfermedad, apoyando las premisas de la teoría de que las situaciones disruptivas consiguen un efecto catalítico y facilitan el movimiento a niveles superiores de conciencia.

Crítica

Claridad

Las definiciones, descripciones y dimensiones de los conceptos de esta teoría son claras desde un punto de vista semántico. El lenguaje utilizado, el orden lógico y el proceso explicativo contribuyen a la claridad de la misma.

Sencillez

El significado profundo de la teoría de la salud como expansión de la conciencia es complejo. Se debe comprender la teoría como un conjunto en lugar de aislar los conceptos. Newman defendía en la edición de 1994 de su libro *Health as Expanding Consciousness* que el abordaje holístico al método dialéctico hermenéutico es compatible con la teoría y exige un alto nivel de comprensión de la misma por parte del investigador para extender la teoría a la investigación práctica (Newman, comunicación personal, 1996).

Generalidad

Los conceptos de la teoría de Newman tienen una perspectiva amplia y todos se relacionan con la salud. Esta teoría se ha aplicado en muchas culturas y en un amplio espectro de situaciones de cuidado enfermero (Newman, comunicación personal, 2004). La aplicación de la teoría tiene una naturaleza universal. Esta amplia perspectiva ha permitido el foco para desarrollar una teoría de rango medio. La consideración de los hallazgos de la investigación sigue expandiendo la generalizabilidad de la teoría.

Accesibilidad

Los primeros estadios del desarrollo de la teoría fueron comprobados mediante el método científico cuantitativo tradicional. El abordaje dialéctico hermenéutico se desarrolló posteriormente y se ha empleado mucho para explicar por completo su significado y aplicación, demostrando las áreas de aplicación y la modalidad para la práctica clínica. La salud como expansión de la conciencia se utiliza en distintas culturas nacionales e internacionales. La teoría se puede emplear con individuos y también con grupos, y se emplea para influir sobre el desarrollo de la política sanitaria, la práctica y la investigación. Su aplicación modifica la forma de realizar los cuidados y afecta a la vida de las enfermeras y sus pacientes. Las enfermeras han comentado que, cuando consiguen conocer a la persona y su patrón usando este marco de referencia, les resulta difícil realizar cualquier otro abordaje práctico (Newman, 2008).

Importancia

El centro de la teoría de la salud como expansión de la conciencia de Newman sirve como guía evolutiva para todas las disciplinas vinculadas con la salud. En el intento de comprender el fenómeno de la salud, esta perspectiva única de la salud obliga a las enfermeras a establecer la diferencia en la práctica enfermera mediante la aplicación de esta teoría. La salud como expansión de la conciencia de Newman es una perspectiva especial que reconoce y hace honor a las historias de los clientes, sus atributos y experiencias únicas, sus deseos y objetivos, y su viaje vital (Bateman y Merryfeather, 2014; Newman, 1994). El volumen de bibliografía recogido en este capítulo pone de manifiesto la importancia global de la teoría de enfermería de Newman.

Resumen

Aunque Newman empezó con un abordaje empírico racional que era tanto inductivo como deductivo, lo encontró restrictivo y «no compatible con el paradigma a partir del cual se había obtenido la teoría» (1997a, pág. 23). Con el tiempo, su trabajo evolucionó hacia un abordaje más interactivo e integrador, pero siguió siendo

objetivo y controlado. Cuando se alejó del paradigma científico con su objetividad y control y permitió que los principios de su paradigma teórico orientaran la investigación, empezó a visualizar el núcleo patrón y proceso como práctica de enfermería. Vio que el patrón evolutivo en proceso necesitaba un abordaje de proceso mutuo, en lugar de una observación objetiva. Los patrones demostraron que la conciencia en expansión se relacionaba con la calidad y conectividad de las relaciones. La presencia creativa de la enfermera investigadora resultaba vital para la introspección del participante. Newman (1986) llegó a la conclusión de que los individuos experimentan una teoría viviéndola. Catalogó su investigación como dialéctica hermenéutica. La teoría de la salud como expansión de la conciencia, junto con el método de investigación como práctica, se ha empleado de forma extensa en la práctica enfermera con diversos individuos, familias y situaciones comunitarias, en la formación enfermera y en los modelos prácticos y la investigación en EE. UU. y otros países del mundo. Newman sigue escribiendo, ayudando y dando conferencias para hacer avanzar su obra.

Caso clínico

Alicia es una viuda de 81 años que vive sola en un complejo de apartamentos para personas con escasos recursos en una pequeña ciudad rural de los Apalaches desde la muerte de su esposo 8 años antes. Solo le sobrevive un familiar, una nieta, que vive a unos 50 km. Alicia nunca aprendió a conducir y depende de su nieta para el transporte a las citas médicas y también para ir a la compra o conseguir los fármacos. Gana 824 dólares mensuales y necesita varios fármacos de venta con receta caros para la artrosis, la hipertensión y sus problemas cardíacos. Sufre artrosis en las rodillas y necesita un trípode para apoyarse y garantizar su seguridad cuando se desplaza por el apartamento. Una enfermera visitante acude cada semana a su domicilio para controlar la presión arterial y ponerle una inyección por la artrosis. La enfermera observa que la paciente tiene la tensión arterial alta y Alicia le dice que no ha podido comprar los fármacos porque su nieta tiene el coche roto. Alicia dice que le queda poca comida en el apartamento porque no puede salir a comprarla.

Alicia reconoce que apenas conoce o se habla con los vecinos, aunque lleva 8 años viviendo en esa casa, y se sigue sintiendo como una extraña y no quiere «entrometerse». Dice que odia molestar a los demás y «no lo haría salvo que no quedara otro remedio». Dice que a veces siente tristeza por «su gente», que ha fallecido.

La enfermera visitante que trabaja con Alicia reconoce la situación actual como un punto elegido, con potencial de aumentar la interacción con los demás e incrementar la conciencia. Los métodos antiguos no funcionan ya con Alicia y se tienen que buscar nuevas formas de relación. La enfermera incorpora los elementos del método de Newman para ayudar a Alicia a reconocer el patrón con el fin de descubrir nuevos potenciales para la acción. Cuando la enfermera consigue que Alicia le cuente su historia, logra que Alicia reconozca los patrones antiguos de relación y cómo las circunstancias actuales los han modificado mediante diálogo e interacción. Alicia le cuenta que ella y su marido residieron durante 56 años en una casa rural de montaña, con escasos vecinos, salvo dos hermanas y una hija de ellas. Todos eran autosuficientes, cultivaban grandes jardines, tenían su propio ganado y raras veces acudían a la ciudad. Todos sus familiares están muertos, salvo su nieta, que le insistió en que se marchara de la casa rural y se desplazara a la ciudad tras el fallecimiento de su marido. Parece evidente que los patrones previos de Alicia eran los de la independencia y limitación del contacto social a los familiares de forma principal.

La enfermera comparte sus percepciones con la paciente, que le confirma y comprueba el patrón. Alicia afirma: «No sé durante cuánto tiempo más me voy a poder apañar yo sola». La enfermera la ayuda a explorar las fuentes de ayuda, además de la nieta, lo que puede ayudar a que Alicia siga en su apartamento con la máxima independencia posible. Alicia le cuenta que hay un vecino, que vive a unas pocas puertas de ella, que se ha parado varias veces a preguntarle si necesitaba algo de la frutería, pero que nunca le ha pedido nada porque odia molestarle y no quiere «que la mantengan». Tras analizar la situación un poco más, decide que le va a pedir que traiga algunos alimentos básicos y los fármacos, y que la recompensará haciendo pan, porque, según afirmó, «me encanta cocer pan y no he tenido muchas personas para las que

hacerlo».

En las posteriores visitas semanales, Alicia y la enfermera analizan la posibilidad de conseguir los fármacos a menor precio gracias a la clínica local controlada por enfermeras. Alicia afirma que podría tratar de conocer a algunos de sus vecinos. La enfermera ayuda a Alicia a organizar los planes para que un autobús para ancianos la recoja cuando tenga que ir a consulta médica. Cuando Alicia empieza a crear su propio sistema de apoyo, encuentra que depende menos de la ayuda de la enfermera para mantener su independencia, y pueden retomar su patrón de control de enfermería de la presión arterial y administración semanal de la inyección. Sin embargo, Alicia y la enfermera han desarrollado una relación que las ha transformado a ambas, y la enfermera suele percibir al llegar un olor a pan recién horneado y recibe la invitación para «darle un pellizco al pan». Ambas disfrutan de esta nueva relación.

Actividades de pensamiento crítico

1. Describa su propia percepción de la salud, la práctica sanitaria y enfermera y compare sus ideas con las de Newman.
2. ¿Cuál es la percepción de la enfermería ante la salud como expansión de la conciencia?
3. ¿Cómo orienta esta percepción la relación enfermera-paciente?
4. ¿Cómo orienta esta percepción el desarrollo del conocimiento en enfermería?
5. ¿Qué modificó la perspectiva que tenía Newman de la salud, la práctica de la enfermería y la investigación?
6. Piense en un paciente al que haya cuidado antes y describa cómo la salud como expansión de la conciencia (patrón de la totalidad) podría haber modificado su práctica con él.

Referencias para ampliar conocimientos

- Brown, J. W., & Alligood, M. R. (2014). Newman's theory of health and nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing*

theory: Utilization & application (5th ed., pp. 394–411). St Louis, MO: Mosby-Elsevier.

- Newman, M. A. (1997). Margaret Newman: Health as expanding consciousness (vídeo). Disponible en Fitne, Inc, 5 Depot Street, Athens, OH 45701, (800) 691–8480.
- Newman, M. A. (2008). *Transforming presence: The difference that nursing makes.* Philadelphia: F. A. Davis.
- Smith, M. C. (2011). Integrative review of research related to Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly, 24*(3), 256–263.

Bibliografía

Acton HB. George Wilhelm Freidrich Hegel 1770-1831. In: Edwards P, ed. *The encyclopedia of philosophy (Vols. 3 & 4)*. New York: Macmillan & Free Press; 1967.

Barron A. Suffering, growth, and possibility: Health as expanding consciousness in end-of-life care. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education (43-50)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2005.

Bateman GC, Merryfeather L. Newman's theory of health as expanding consciousness: A person evolution. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27(1):57–61.

Bentov I. *Stalking the wild pendulum*. New York: Dutton; 1977.

Benzein E, Olin C, Persson C. You get it all together"—families' evaluation of participating in family health conversations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29(1):136–144.

Berry DC. Newman's theory of health as expanding consciousness in women maintaining weight loss. Doctoral dissertation, Boston College. *Dissertation Abstracts International*. 2002;63:2300.

Bohm D. *Wholeness and the implicate order*. London: Routledge and Kegan Paul; 1980.

Brauer DJ. Common patterns of person-environment interaction in persons with rheumatoid arthritis. *Western Journal of Nursing Research*. 2001;23:414–430.

Brown JW, Alligood MR. Realizing wrongness: Stories of older wife caregivers. *Journal of Applied Gerontology*. 2004;23(2):104–119.

Brown JW, Chen SL, Mitchell C, Province A. Help-seeking by older

husbands caring for wives with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;59(4):352–360.

Bunkers SS, Bendtro M, Holmes PK, et al. The healing web: A transformative model for nursing. *Nursing and Health Care*. 1992;13:68–73.

Capasso VA. The theory is the practice: An exemplar. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education (65-71)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2005.

Casper, S.A. (1999). *Psychological adaptation as a dimension of health as expanding consciousness: Effectiveness of burn survivors support groups.* Master's thesis, D'Youville College Buffalo, New York. *Masters Abstracts International*, *37*, 1433.

Clarke PN, Jones DA. Expanding consciousness in nursing education and practice. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(3):223–226.

Dyess SM. Faith: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;12:2723–2731.

Endo E. Pattern recognition as a nursing intervention with Japanese women with ovarian cancer. *Advances in Nursing Science*. 1998;20(4):49–61.

Endo E, Miyahara T, Sizuli S, Ohmasa T. Partnering of researcher and practicing nurses for transformative nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18(2):138–145.

Endo E, Nitta N, Inayoshi M, et al. Pattern recognition as a caring partnership in families with cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32:603–610.

Endo, E., Takaki, M., Abe, K., Terashima, K., & Nitta, N. (2007). *Creating a helping model with nursing students who want to quit smoking: Patterning in a nursing student-teacher partnership based on M. Newman's theory of health*. Paper presented at The Power of Caring: The Gateway to Healing, 29th Annual International Association for Human Caring Conference, St Louis, MO, May 16-19.

Engle V. The relationship of movement and time to older adults' functional health. *Research in Nursing and Health*. 1986;9:123–129.

Falkenstern, S.K. (2003). *Nursing facilitation of health as expanding consciousness in families who have a child with special health care needs.* Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University, University Park, PA.

Flanagan JM. Creating a healing environment for staff and patients in a pre-surgery clinic. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing*

practice, research, and education. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2005.

Haney T, Tufts KA. A pilot study using electronic communication in home healthcare: Implications on parental well-being and satisfaction caring for medically fragile children. *Home Healthcare Nurse*. 2012;30(4):216–224.

Hatzfeld J, Nelson M, Waters C, Jennings B. Factors influencing health behaviors among active duty Air Force personnel. *Nursing Outlook*. 2016;64(5):440–449.

Hayes M. The life patter of incarcerated women: The complex and interwoven lives of trauma, mental illness, and substance abuse. *Journal of Forensic Nursing*. 2015;11(4):214–222.

Jonsdottir H. Life patterns of people with chronic obstructive pulmonary disease: Isolation and being closed in. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(4):160–166.

Kalb KA. The gift: Applying Newman's theory of health in nursing practice. In: Parker M, ed. *Nursing theories in practice (163-186)*. New York: National League for Nursing; 1990.

Kamau SM, Rotich RJ, Mwembe DJ. Applying Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness to psychosocial nursing care of HIV infected patients in Kenya. *American Journal of Nursing Science*. 2015;4(1):6–11.

Karian VE, Jankowski SM, Beal JA. Exploring the lived experience of childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Oncology*. 1998;15:153–162.

Kiser-Larson N. Life pattern of native women experiencing breast cancer. *International Journal for Human Caring*. 2002;6(2):61–68.

Lamendola FP, Newman MA. The paradox of HIV/AIDS as expanding consciousness. *Advances in Nursing Science*. 1994;16(3):13–21.

Litchfield M. Practice wisdom. *Advances in Nursing Science*. 1999;22(2):62–73.

MacLeod CE. Understanding experiences of spousal caregivers with health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(3):245–255.

Marchione JM. Pattern as methodology for assessing family health: Newman's theory of health. In: Winstead-Fry P, ed. *Case studies in nursing theory. (214-240)*. New York: National League for Nursing; 1986.

Mentzer C, Schorr JA. Perceived situational control and perceived duration of time: Expressions of life patterns. *Advances in Nursing Science*. 1986;9(1):13–20.

Moch SD. Health within the experience of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 1990;15:1426–1435.

Moss R. *The I that is we*. Millbrae, CA: Celestial Arts; 1981.

Musker KM. *Life patterns of women transitioning through menopause*. Chicago: Doctoral dissertation, Loyola University; 2005.

Neill J. Transcendence and transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *Advances in Nursing Science*. 2002;24(4):27–47.

Neill J. Recognizing pattern in the lives of women with multiple sclerosis. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know (153-165)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2005.

Ness SM. Pain expression in the perioperative period: Insights from a focus group of Somali women. *Pain Management Nursing*. 2009;10(2):65–75.

Newman MA. Time estimation in relation to gait tempo. *Perceptual and Motor Skills*. 1972;34:359–366.

Newman MA. *Theory development in nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1979.

Newman MA. Time as an index of expanding consciousness with age. *Nursing Research*. 1982;31:290–293.

Newman MA. Newman's health theory. In: Clements IW, Roberts FB, eds. *Family health: A theoretical approach to nursing care. (161-175)*. New York: Wiley; 1983.

Newman MA. *Health as expanding consciousness*. St Louis: Mosby; 1986.

Newman MA. Aging as increasing complexity. *Journal of Gerontological Nursing*. 1987;13(9):16–18.

Newman MA. Patterning. In: Duffy M, Pender NJ, eds. *Conceptual issues in health promotion. A report of proceedings of a Wingspread Conference, Racine, WI, April 13-15, 1987. (36-50)*. Indianapolis: Sigma Theta Tau; 1987.

Newman MA. The spirit of nursing. *Holistic Nursing Practice*. 1989;3(3):1–6.

Newman MA. Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(1):37–41.

Newman MA. Shifting to higher consciousness. In: Parker M, ed. *Nursing theories in practice (129-139)*. New York: National League for Nursing; 1990.

Newman MA, Health conceptualizations. Fitzpatrick JJ, Taunton RL, Jacox AK, eds. *Annual review of nursing research*, vol. 9. New York: Springer; 1991:221–242.

Newman MA. Nightingale's vision of nursing theory and health. In: Nightingale F, ed. *Notes on nursing: What it is, and what it is not (commemorative edition, 44-47)*. Philadelphia: Lippincott; 1992.

Newman MA. *Health as expanding consciousness*. 2nd ed. Sudbury MA: Jones & Bartlett (NLN Press); 1994.

Newman MA. *A developing discipline: Selected works of Margaret Newman*.

New York: National League for Nursing Press; 1995.

Newman MA. Dialogue: Margaret Newman and the rhetoric of nursing theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1995;27:261.

Newman MA. Recognizing a pattern of expanding consciousness in persons with cancer. In: Newman MA, ed. *A developing discipline: Selected works of Margaret Newman (159-171)*. New York: National League for Nursing Press; 1995.

Newman MA. Evolution of the theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):22–25.

Newman MA. Experiencing the whole. *Advances in Nursing Science*. 1997;20:34–39.

Newman MA. The rhythm of relating in a paradigm of wholeness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1999;31:227–230.

Newman MA. A world of no boundaries. *Advances in Nursing Science*. 2003;26(4):240–245.

Newman MA. Foreword. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness (pp. xii–xv)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2005.

Newman MA. *Transforming presence: The difference that nursing makes*. Philadelphia: F. A. Davis; 2008.

Newman MA, Autio S. *Nursing in a prospective payment system health care environment*. Minneapolis: University of Minnesota; 1986.

Newman MA, Gaudiano JK. Depression as an explanation for decreased subjective time in the elderly. *Nursing Research*. 1984;33:137–139.

Newman MA, Lamb GS, Michaels C. Nurse case management: The coming together of theory and practice. *Nursing and Health Care*. 1991;12:404–408.

Newman MA, Moch SD. Life patterns of persons with coronary heart disease. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4(4):161–167.

Newman MA, Sime MA, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 1991;14:1–6.

Peters-Lewis, A. (2006). *How the strong survive: Health as expanding consciousness and the life experiences of Black Caribbean women.* Doctoral dissertation, Boston College.

Pharris MD. Coming to know ourselves as community through a nursing partnership with adolescents convicted of murder. *Advances in Nursing Science*. 2002;24(3):21–42.

Pharris MD. Engaging with communities in a pattern recognition process. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education (83-93)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2005.

Picard CA. Pattern of expanding consciousness in mid-life women: Creative movement and the narrative as modes of expression. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(2):150–157.

Picard C. Family reflections on living through sudden death of a child. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(3):242–250.

Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2007.

Picard C, Mariolis T. Teaching-learning process: Praxis as a mirroring process: Teaching psychiatric nursing grounded in Newman's health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(2):118–122.

Picard C, Mariolis T. Praxis as a mirroring process: Teaching psychiatric nursing grounded in Newman's health as expanding consciousness. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education (169-177)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2005.

Pierre-Louis B, Akoh V, White P, Pharris MD. Patterns in the lives of African-American women with diabetes. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(3):227–236.

Reed PG. Transcendence: Formulating nursing perspectives. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(1):2–4.

Rogers ME. Nursing, a science of unitary man. In: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1970.

Rosa KC. A process model of healing and personal transformation in persons with chronic skin wounds. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19(4): 359—358.

Rosa KC. Integrative review on the use of Newman praxis relationship in chronic illness. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29(3):211–218.

Roux G, Bush HA, Dingley CE. Inner strength in women with breast cancer. *Journal of Theory Construction and Testing*. 2001;5(1):19–27.

Ruka S. Creating balance: Rhythms and patterns in people with dementia living in a nursing home. In: Picard C, Jones D, eds. *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education. (95-104)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2005.

Schmidt BJ, Brauer DJ, Peden-McAlpine C. Experiencing health in the context of rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16(2):155–162.

Schorr JA, Schroeder CA. Consciousness as a dissipative structure: An extension of the Newman model. *Nursing Science Quarterly*.

1989;2(4):183–193.
Schorr JA, Schroeder CA. Movement and time: Exertion and perceived duration. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4(3):104–112.
Sethares KA, Gramling KL. Newman's health as expanding consciousness in baccalaureate education. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27(4):302–307.
Shanahan SM. The lived experience of life-passing in middle adolescent females. *Masters Abstracts International*. 1993;32:1376.
Smith CA. The lived experience of staying healthy in rural African American families. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(1):17–21.
Smith MC. Integrative review of research related to Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(3):256–263.
Smith SK. Women's experiences of victimizing socialization, Part I: Responses related to abuse and home and family environment. *Issues in Mental Health Nursing*. 1997;18:395–416.
Thomas JA. What are the life patterns of people with hepatitis C? Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno. *Dissertation Abstracts International*. 2002;41:194.
Tiffany JM, Hoglund BA. Using virtual simulation to teach inclusivity: A case study. *Clinical Simulation in Nursing*. 2016;12(4):115–122.
Tommet PA. Nurse-parent dialogue: Illuminating the evolving pattern of families of children who are medically fragile. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16(3):239–246.
Utley R. The evolving meaning of cancer for long-term survivors of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1999;26:1519–1523.
Weed, L.D. (2004). *The meaning of the death of an adult child to an elder: A phenomenological investigation.* Unpublished doctoral dissertation, University of Tennessee, Knoxville, TN.
Weingourt R. Using Margaret A. Newman's theory of health with elderly nursing home residents. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1998;34(3):25–30.
Yamashita M. Newman's theory of health applied to family caregiving in Canada. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(1):73–79.
Young AM. *The reflexive universe: Evolution of consciousness*. San Francisco: Robert Briggs; 1976.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Newman, M.A. (1971). *An investigation of the relationship between gait tempo*

and time perception. Unpublished doctoral dissertation, New York University.

Newman MA. Shifting to higher consciousness. In: Parker M, ed. *Nursing theories in practice (129-139)*. New York: National League for Nursing; 1990.

Newman MA. Theory for nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(4):153–157.

Newman MA. Letters to the editor: A commentary on Newman's theory of health as expanding consciousness. *Advances in Nursing Science*. 1999;21(3):viii–ix.

Newman MA. Caring in the human health experience. *International Journal for Human Caring*. 2002;6(2):8–12.

Newman MA, The meaning of health. Laskar GE, ed. *Applied systems research and cybernetics: Vol. 4. Systems research in health care, biocybernetics and ecology (1739-1743)*New York: Pergamon; 1981.

Newman MA. Nursing's emerging paradigm: The diagnosis of pattern. In: McLane AM, ed. *Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the seventh conference, North American Nursing Diagnosis Association (53-60)*. St Louis: Mosby; 1987.

Newman MA. Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*. 1993;40(1):10–14.

Newman MA. Prevailing paradigms in nursing. In: Kenney JW, ed. *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice (302-307)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 1996.

Newman MA. Theory of the nurse-client partnership. In: Cohen E, ed. *Nurse case management in the 21st century (119-123)*. St Louis: Mosby; 1996.

Newman MA. A dialogue with Martha Rogers and David Bohm about the science of unitary human beings. In: Madrid M, ed. *Patterns of Rogerian knowing (3-10)*. New York: National League for Nursing; 1997.

Newman MA. The immediate applicability of nursing praxis. *Quality Nursing: The Japanese Journal of Nursing Education and Nursing Research*. 2003;9(5):4–6.

Fuentes secundarias

Batty, M.L. E. (1999). *Pattern identification and expanding consciousness during the transition of "low risk" pregnancy. A study embodying Newman's health as expanding consciousness (Margaret Newman).* Master's thesis, University of New Brunswick, Canada. *Masters Abstracts International, 39,* 826.

Brown JW. Health as expanding consciousness: A nursing perspective for Grounded Theory research. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(3):197–201.

Cowling III WR, Newman M, Watson J, Smith M. The power of wholeness, consciousness, and caring: a dialogue on nursing science, art, and healing. (Abstract). *International Journal for Human Caring*. 2007;11(3):52.

Dean PJ. Aesthetic expression. A poem dedicated to the nursing theories of Martha Rogers and Margaret Newman. *International Journal for Human Caring*. 2002;6:70.

Ford-Gilboe MV. A comparison of two nursing models: Allen's developmental health model and Newman's theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(3):113–118.

Jacono BJ, Jacono JJ. The benefits of Newman and Parse in helping nurse teachers determine methods to enhance student creativity. *Nurse Education Today*. 1996;16:356–362.

Jonsdottir H, Litchfield M, Pharris MD. Partnership in practice. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2003;17:51–63.

Lamb GS, Stempel JE. Nurse case management from the client's view: Growing as insider-expert. *Nursing Outlook*. 1994;42:7–13.

Lamendola FP, Newman MA. The paradox of HIV/AIDS as expanding consciousness. *Advances in Nursing Science*. 1994;16(3):13–21.

Litchfield M. Practice wisdom. *Advances in Nursing Science*. 1999;22(2):62–73.

Moch SD. Health-within-illness: Concept development through research and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28:305–310.

Neill J. From practice to caring praxis through Newman's theory of health as expanding consciousness: A personal journey. *International Journal for Human Caring*. 2002;6(2):48–54.

Nelson ML, Howell JK, Larson JC, Karpiuk KL. Student outcomes of the healing web: Evaluation of a transformative model for nursing education. *Journal of Nursing Education*. 2001;40:404–413.

Pharris MD. Margaret A. Newman, health as expanding consciousness. In: Parker M, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2001.

Picard C. Family reflections on living through sudden death of a child. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(3):242–250.

Quinn JF. Holding sacred space: The nurse as healing environment. *Holistic Nursing Practice*. 1992;6(4):26–36.

Schorr JA, Farnham RC, Ervin SM. Health patterns in aging women as expanding consciousness. *Advances in Nursing Science*. 1991;13(4):52–63.

Schorr JA, Schroeder CA. Consciousness as a dissipative structure: An extension of the Newman model. *Nursing Science Quarterly*. 1989;2(4):183–193.

Schorr JA, Schroeder CA. Movement and time: Exertion and perceived duration. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4(3):104–112.

Smith CA. The lived experience of staying healthy in rural African American families. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(1):17–21.

Yamashita M. Family caregiving: Application of Newman's and Peplau's theories. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1997;4:401–405.

Yamashita M. Family coping with mental illness: A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998;5:515–523.

Yamashita M. Newman's theory of health as expanding consciousness: Research on family caregiving in mental illness in Japan. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(3):110–115.

[*] Autoras anteriores: Janet Witucki Brown, Martha Raile Alligood, Snehlata Desai, M. Jan Keffer, DeAnn M. Hensley, Kimberly A. Kilgore-Keever, Jill Vass Langfitt y LaPhyllis Peterson.

Fotografía por cortesía de la New York University, 2009.

24

Desarrollo humano

Debra A. Bournes

Sandra Schmidt Bunkers

Gail J. Mitchell

«Los supuestos y principios del desarrollo humano encarnan un problema profundo para los delicados sentimientos del ser humano y muestran un profundo reconocimiento de la libertad y la dignidad humanas.»

(Parse, 2007b, pág. 310)

Rosemarie Rizzo Parse

Acreditaciones y antecedentes

Rosemarie Rizzo Parse se licenció en la Duquesne University en Pittsburgh y completó su máster y su doctorado en la University of Pittsburgh. Fue profesora de esta universidad, decana de la Facultad de Enfermería en la Duquesne University (1977-1982), profesora y coordinadora del Center for Nursing Research en el Hunter College en la City University de Nueva York (1983-1993), profesora y directora de la Escuela de Enfermería Marcella Niehoff de la Loyola University Chicago (1993-2006), y profesora distinguida emérita en la Loyola University Chicago (desde 2006 hasta la actualidad). En enero de 2007 se convirtió en consultora y académica visitante en el New York University College of Nursing, donde también fue profesora adjunta hasta 2012. La Dra. Parse es

fundadora y actual editora de la *Nursing Science Quarterly,* y presidenta de Discovery International. Ella fundó el Institute of Humanbecoming, en el que enseña el paradigma del desarrollo humano en enfermería (Parse, 1981, 1998, 2005, 2007b, 2010, 2011b, 2012b, 2014).

La Dra. Parse es miembro de la American Academy of Nursing, en la que inspiró y dirigió el panel de expertos en prácticas guiadas por las teorías de enfermería. Como editora de *Nursing Science Quarterly,* ha encabezado a un grupo conocido y muy citado de expertos en enfermería para compartir y debatir cuestiones importantes para la investigación enfermera y el desarrollo de las teorías durante más de 30 años. Por este y otros trabajos, la Dra. Parse ha recibido varias distinciones. Ha sido reconocida con dos Premios Lifetime Achievement (uno de la Midwest Nursing Research Society y el otro de la Asian American Pacific Islander Nurses Association), se instituyó la Beca Rosemarie Rizzo Parse en su nombre en la Facultad de Enfermería de la Henderson State University, sus libros fueron designados dos veces como «mejor elección» por la Sigma Theta Tau International, y la Society of Rogerian Scholars la distinguió con el Premio Martha E. Rogers Golden Slinky. En 2008 recibió el Premio Educadora de Enfermería del Año del *New York Times* y, en 2012, la Medalla de Honor de la Universidade de Lisboa, en Portugal.

A lo largo de su carrera, la Dra. Parse ha realizado contribuciones destacadas a la disciplina y la profesión enfermeras a través de un liderazgo progresivo en el desarrollo de conocimientos, la investigación, la formación y la práctica de la enfermería. Ha explorado la ética de la dignidad humana, ha expuesto los principios fundamentales del desarrollo de la dignidad humana (Parse, 2010) y ha elaborado modelos de enseñanza-aprendizaje (Parse, 2004), mentorización (Parse, 2008b), liderazgo-seguimiento (Parse, 2008a, 2011a), comunidad (Parse, 2003, 2012b) y familia (Parse, 2009a) que se utilizan en todo el mundo. Ha publicado 10 libros (Morrow, 2012b; Parse, 1974, 1981, 1987, 1995, 1998, 1999a, 2001b, 2003, 2014) y más de 150 artículos y editoriales sobre cuestiones concernientes a la enfermería y otras disciplinas relacionadas con la salud. La Dra. Parse ha compartido su conocimiento en más de 300 presentaciones y talleres locales,

nacionales e internacionales en más de 35 países en los cinco continentes. Sus obras han sido traducidas a numerosos idiomas, y ofrece consultoría en todo el mundo en programas de formación en Enfermería y centros de atención sanitaria que están utilizando su trabajo como guía para la investigación, la práctica, el liderazgo, la formación y la regulación de las normas de calidad. Ha planificado y puesto en marcha numerosas conferencias internacionales sobre teoría de la enfermería, el paradigma del desarrollo humano, la investigación cualitativa y la calidad de vida.

Parse ha dirigido más de 40 tesis doctorales, ha guiado a más de 300 estudiantes en los conceptos de investigación creativa y ha instruido a profesores y estudiantes sobre propuestas de investigación cualitativas y cuantitativas, solicitudes de becas y manuscritos para publicaciones. Desarrolló métodos de investigación científica básica y aplicada (Parse, 2001b, 2005, 2011b, 2014, 2016a, 2016b); realizó múltiples estudios de investigación cualitativa sobre las experiencias vitales de la salud y la calidad de vida (como esperanza, risa, alegría-tristeza, sentimiento de respeto, satisfacción, cansancio extremo y calidad de vida de personas con enfermedad de Alzheimer), e impartió teoría y cursos de investigación en instituciones de formación superior como la Loyola University Chicago, la University of Cincinnati, la University of Dayton y la University of South Carolina, entre otras.

Parse es una figura destacada, elocuente, valerosa y vibrante con una intensa visión y una resuelta determinación para hacer avanzar la disciplina enfermera. Es muy conocida a escala internacional por el paradigma del desarrollo humano, una perspectiva de enfermería centrada en la calidad de vida y la dignidad humana desde las perspectivas de los pacientes, las familias y las comunidades. Es una guía de inspiración cuya presencia diligente y atenta, su consistente y gustosa disponibilidad y su apremio suave y respetuoso han ayudado a muchos expertos en enfermería, incipientes o experimentados, a perseguir sus sueños. Las personas que han tenido el honor de trabajar con ella como estudiantes y colaboradores han sido apoyados por esta líder de enfermería auténticamente destacada (Bournes, 2007; Cody, 2012).

Fuentes teóricas

La teoría del desarrollo humano ha evolucionado con el tiempo. Al principio era la teoría de enfermería del desarrollo humano, pero luego se convirtió en la escuela de pensamiento del desarrollo humano; en 2016 había evolucionado al paradigma del desarrollo humano (Parse, 2016). El paradigma del desarrollo humano explicita que «cocrear la realidad como una sinfonía sin costuras del llegar a ser es el pensamiento central clave en la ontología de la desarrollo humano» (pág. 26). La aparición de este nuevo paradigma se acompañó de varios conceptos nuevos, como universo humano como cocreación indivisible, impredecible y en constante cambio; el *ethos* del desarrollo humano es la dignidad, la presencia, la existencia, la confianza y el valor; y la calidad de vida como el llegar a ser invisible-visible del ahora emergente (Parse, 2014). La epistemología del paradigma del desarrollo humano son las experiencias vitales del universo humano universal (Parse, 2016a, 2016b) y las metodologías de las ciencias básicas, entre las que están la ciencia de Parse y la ciencia hermenéutica del desarrollo humano (Parse, 2016a, 2016b). (Véanse los artículos referenciados para encontrar más descripciones sobre los métodos.) Parse no emplea ya el término *investigación* sino *ciencia,* que se encuentra más en línea con el pensamiento del nuevo paradigma. La *práctica enfermera* ya no forma parte del lenguaje usado para este paradigma, sino que *vivir el arte de la enfermería en presencia verdadera* es la forma en la que las enfermeras están con los demás para iluminar el significado, modificar los ritmos e inspirar transcendencia (la persona lo consigue cuando cuenta con la presencia verdadera de la enfermera) (Parse, 2014, 2016B). Este es el lenguaje del paradigma del desarrollo humano.

El paradigma del desarrollo humano se basa en la ciencia humana propuesta por Dilthey y otros autores (Cody y Mitchell, 2002; Mitchell y Cody, 1992; Parse, 1981; 1987; 1996; 1998; 2007b; 2010; 2012b; 2014). El paradigma del desarrollo humano es «coherente con los principios y los postulados de Martha E. Rogers sobre los seres humanos unitarios, y es coherente con los principales dogmas y conceptos del pensamiento existencial-fenomenológico, aunque es un nuevo producto, un sistema

conceptual distinto» (Parse, 1998, pág. 4). Cuando desarrolló su teoría, Parse estaba trabajando en la Duquesne University de Pittsburgh (durante los años sesenta y setenta), que se consideraba el centro del movimiento existencial-fenomenológico de EE. UU. Los diálogos que compartió con los miembros de aquella escuela de pensamiento, como van Kaam y Giorgi, estimularon su pensamiento en las experiencias vividas por los seres humanos y su libertad y participación en la vida.

Sintetizando la ciencia de los seres humanos unitarios, desarrollada por Martha E. Rogers (1970, 1992), y los dogmas fundamentales del pensamiento fenomenológico existencial, como lo articularon Heidegger, Sartre y Merleau-Ponty, Parse corroboró la historia de la enfermería como una ciencia humanística. Parse sostiene que los individuos no pueden ser reducidos a partes constituyentes para ser comprendidos. Las personas son seres vivientes que son diferentes de cualquier esquema que los divida. Parse desafía la visión médica tradicional de la enfermería y define la disciplina enfermera como la ciencia básica única que se centra en las experiencias vitales del universo humano universal. Ella apoya la idea de que las enfermeras necesitan una base de conocimientos única que ilumina su forma de vivir el arte y la ciencia necesarios para cumplir su compromiso con la humanidad (Parse, 1981, 1987, 1993, 2007b, 2010, 2012b, 2014, 2016a, 2016b).

Al crear el desarrollo humano, Parse (1981) se basó en los principios de Rogers de helicidad, integración y resonancia, y en sus postulados (campo energético, apertura, patrón y pandimensionalidad) (Parse, 1981; Rogers, 1970; 1992). Estos conceptos apuntalan las ideas de Parse sobre las personas como seres abiertos que se relacionan con la ilimitabilidad del universo, es decir, «con un conocimiento indivisible, ilimitado, extendido al infinito» (Parse, 2007b, pág. 308) y que son indivisibles, imprevisibles, en cambio constante y reconocidos por patrones (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b).

Desde el pensamiento existencial fenomenológico, Parse se expresó mediante los dogmas de la intencionalidad y la subjetividad humana y los conceptos correspondientes de coconstitución, coexistencia y libertad de situación (Parse, 1981, 1988, 2007b, 2012b). Parse utiliza el prefijo *co-* en muchas de sus

palabras para denotar la naturaleza participativa de las personas. *Co-* significa «junto con», y, para Parse, los seres humanos no pueden separarse nunca de sus relaciones con el universo; de ahí que en sus conceptualizaciones en 2007(b) acuñara los términos ingleses *humanbecoming (desarrollo humano)* y *humanuniverse* (universo humano) como expresiones de una sola palabra. Las relaciones con el universo incluyen todos los vínculos que los individuos tienen con otras personas y con ideas, proyectos, antecesores, historia y cultura (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b).

Desde la perspectiva de Parse, los humanos son intencionados. Los seres humanos, por tanto, tienen una postura significativa y abierta con el universo y con las personas, los proyectos y las ideas que constituyen la experiencia de vida. Ser intencionado significa que las implicaciones de los seres humanos no son aleatorias. Se eligen por razones conocidas y no conocidas. La intencionalidad depende también del propósito y de cómo las personas escogen la dirección y las formas de pensar y actuar ante los proyectos y la gente. La gente elige sus actitudes y acciones con opciones ilimitadas (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014).

El principio básico, la subjetividad humana, significa que no ha de verse a los seres humanos como cosas u objetos, sino como seres indivisibles, impredecibles y siempre cambiantes (Parse, 1998, 2007b) y como un misterio del ser con el no ser. Los seres humanos viven en su unidad como el devenir visible-invisible que se convierte en el ahora emergente (Parse, 2012b). Parse postula que la presencia humana con el mundo es personal y que los humanos viven con un significado para convertirse en quienes son. Cuando las personas eligen significados y proyectos de acuerdo con sus prioridades de valores, coparticipan con el mundo de formas indivisibles e ilimitadas (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Las personas son inseparables del mundo y construyen relaciones únicas. El desarrollo como persona es complejo y está repleto de significado explícito-implícito (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014).

Coconstitución significa que cualquier momento es cocreado con los constituyentes de la situación (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). El ser humano elige el significado con los componentes particulares del día a día. La vida sucede, los acontecimientos se

revelan de maneras esperadas e inesperadas, y el ser humano coconstituye el significado y la importancia personal. La coconstitución abarca oportunidades y limitaciones de los seres humanos cuando viven su presencia con el mundo y cuando hacen elecciones sobre lo que significan las cosas y cómo proceder. El término *coconstitución* se refiere a la creación de distintos significados a partir de las mismas situaciones. La gente cambia y es cambiada debido a sus interpretaciones personales de las situaciones de su vida. Varias formas de pensar y actuar unificando los patrones familiares con otros emergentes que aparecen cuando las personas moldean su realidad única.

Coexistencia significa «el ser humano no está solo en cualquier dimensión de la evolución» (Parse, 1998, pág. 17). Los seres humanos siempre están con el mundo de las cosas, las ideas, el lenguaje, los hechos revelados y las tradiciones apreciadas, y también están siempre con los demás –no solo contemporáneos sino también predecesores y sucesores–. Los seres humanos son la comunidad (Parse, 2003). Además, Parse postula que «sin los demás, uno no podría saber que es un ser» (1998, pág. 17). Las personas piensan sobre sí mismas en relación con cómo son con los demás y cómo podrían ser con sus planes y sueños. Relacionado con la afirmación de libertad, Parse describe un respeto permanente por el cambio y las posibilidades humanas.

Finalmente, la libertad de situación significa que los seres humanos emergen en el contexto de un momento y de una historia, una cultura y un lenguaje, física y potencialmente. Parse indica que la libertad humana significa que «de manera reflexiva y prerreflexiva uno participa en la elección de las situaciones en las que uno se ve a sí mismo y en la elección de la actitud que se mostrará ante las situaciones» (Parse, 1998, pág. 17). Los seres humanos deciden constantemente lo que es importante en sus vidas. Deciden qué atención prestar a las situaciones, a los proyectos y a la gente. La vida diaria representa la elección y la actuación de las personas en sus prioridades de valores, y las prioridades de valores cambian a medida que la vida se manifiesta. A veces, poder actuar según las creencias es tan importante como alcanzar el objetivo deseado. La integridad personal está íntimamente ligada a la libertad de la situación.

En 2007, 2012 y 2014, Parse publicó mejoras conceptuales importantes para el paradigma del desarrollo humano. Primero, en 2007, cambió *human becoming* y *human-universe* por *humanbecoming* y *humanuniverse.* Estos cambios, según Parse (2007b), especifican aún más su compromiso con la indivisibilidad de la cocreación. Los nuevos conceptos de Parse de desarrollo humano y universo humano demuestran, a través del lenguaje, que no hay lugar para pensar que los humanos puedan separarse de la evolución o del universo: estos conceptos son irreducibles.

Además, Parse (2007b) estableció cuatro postulados que impregnan todos los principios del desarrollo humano. Los cuatro postulados son *ilimitabilidad, paradoja, libertad* y *misterio.* Los cuatro postulados especifican además ideas arraigadas en la escuela de pensamiento de Parse. La ilimitabilidad representa el pensamiento de Parse sobre la naturaleza indivisible, imprevisible, en cambio constante del desarrollo humano. Parse (2007b) afirmó: «La ilimitabilidad es el "conocimiento ilimitado extendido al infinito, el recuerdo y la prospección con el momento, todo a la vez"» (pág. 308). El conocimiento indivisible, ilimitado, «es un conocimiento privilegiado accesible solo al individuo que vive la vida» (Parse, 2008e, pág. 46). La paradoja siempre se ha asociado al desarrollo humano, y la aportación de Parse como postulado que integra todos los principios teóricos realza la importancia de la paradoja en la cocreación del universo humano. La autora afirmó: «Las paradojas no son contrarias a la reconciliación ni a dilemas que superar, sino que son ritmos vividos… expresados como una preferencia de patrón» (2007b, pág. 309) «que encarnan las opciones de un individuo en la vida diaria» (Parse, 2008e, pág. 46). El ser humano elige cómo estará con las experiencias paradójicas y continuamente decide dónde centrar su atención. Por ejemplo, todos los humanos viven ritmos paradójicos de certeza-incertidumbre, alegría-tristeza, etc., y se mueven con el ritmo de sus experiencias paradójicas –centrándose a veces en la certeza o la alegría, por ejemplo, aunque teniendo siempre una conciencia de vivir la incertidumbre o la tristeza inherente a las situaciones–. Asimismo, la libertad, aunque un pilar de los primeros pensamientos de Parse, cambia la perspectiva de su pensamiento más reciente. Aquí (Parse, 2007b) afirmaba que la libertad es una «liberación construida

contextualmente» (pág. 309). Las personas tienen la libertad de elegir formas de ser en sus situaciones. Por último, el misterio, el cuarto postulado, se presenta de manera más específica como algo especial que transciende lo concebible y como lo insondable y desconocido que siempre acompaña al «universo humano indivisible, imprevisible, en cambio constante» (pág. 309).

En 2012, Parse introdujo nuevas conceptualizaciones que especifican adicionalmente el resultado de la unicidad de la experiencia humana desde una perspectiva del desarrollo humano. Su sistema de creencias (ontología) que sustenta el desarrollo humano «especifica que con el universo humano el ser humano es una presencia augusta, una sinfonía perfectamente integrada del devenir, la vida en el ahora que surge. El **devenir visible-invisible para convertirse en el ahora emergente** es el momento vital que lleva ante todo la idea de que el significado cambia con cada experiencia vital que se despliega y encarna lo recordado con la unicidad proyectada» (Parse, 2012b, pág. 44). El devenir visible-invisible para convertirse en el ahora emergente es el universo de historias y experiencias y esperanzas y sueños que cocrean cada momento, conforme los seres humanos viven y modelan sus vidas con el conocer ilimitable e ilimitado. Las experiencias vitales humanas afloran en cada momento como olas en el océano. Lo que se hace visible en la experiencia humana es lo que sucede en el momento que se conoce explícitamente y que es descrito por la persona que lo vive. Se asemeja a las olas que asoman en la superficie del océano, visibles por un instante pero siempre en movimiento y cambiantes, cocreadas con lo que sucede en la completitud del océano, invisibles bajo la superficie y cocreando las olas que se hacen visibles con su devenir invisible. En 2013, Parse identificó la **calidad de vida** como «la característica nuclear del individuo, la materia de la vida» (pág. 112). La calidad de vida es el llegar a ser visible-invisible del ahora emergente (Parse, 2013, 2014).

Basándose en su pensamiento más reciente, Parse (2007b, 2012b, 2014) también mejoró la formulación de los tres principios de su teoría (v. cuadro «Principales conceptos y definiciones»).

Principales conceptos y definiciones

Tres principios constituyen la teoría del desarrollo humano que derivan de estos temas: significado, pautas rítmicas y transcendencia (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Cada principio contiene tres conceptos que requieren una exploración razonable para comprender la profundidad de la teoría del desarrollo humano. Los principios (Parse, 2014) son:

1. Estructurar el significado es la imaginación y la valoración del lenguaje.
2. Configurar las pautas rítmicas es la revelación-ocultación y la permisividad-limitación de la conexión-separación.
3. Cotranscender con lo posible es el poder y la creación de la transformación (pág. 36).

Primer principio: estructurar el significado

«**Estructurar el significado** es la imaginación y la valoración del lenguaje» (Parse, 2014, pág. 36). Este principio especifica que las personas estructuran o eligen el significado de sus realidades, y esta elección se produce con un conocimiento explícito-tácito. A veces surgen preguntas que no pueden responderse, ya que las personas pueden no saber lo que sienten o piensan de uno u otro camino. El primer principio postula que las personas crean su realidad de forma ilimitable con los demás, y muestran o expresan verbalmente su realidad en las formas en que hablan o permanecen en silencio y en las maneras en que se mueven y se mantienen quietos. Cuando las personas expresan verbalmente sus realidades, indican sus prioridades de valores y significados de acuerdo con este principio. Dicho principio maneja tres conceptos: 1) imaginación; 2) valoración, y 3) expresión con el lenguaje.

Imaginación

Paradojas: explícita-tácita y reflexiva-prerreflexiva

La **imaginación** es el primer concepto del primer principio. Las paradojas de la imaginación son explícita-tácita y reflexiva-prerreflexiva (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). La representación es

la visión que tiene un individuo de la realidad. Es la ilustración del conocimiento personal de forma explícita y tácita (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Cierto conocimiento es un proceso reflexivo, deliberado, mientras que otro es prerreflexivo. Para Parse, la gente es curiosa de forma inherente y busca respuestas. Las respuestas a las preguntas emergen a medida que las personas exploran el significado a la luz de la realidad y su forma de observar las cosas. La imaginación es una interpretación personal del significado, la posibilidad y la consecuencia. Las enfermeras no pueden conocer completamente la imaginación de otra persona, pero exploran, respetan y observan, a medida que la gente lucha en los procesos de ilustrar, explorar, integrar, rechazar e interpretar.

Valoración

Paradoja: confirmar-no confirmar

La **valoración** es el segundo concepto del primer principio. La paradoja de la valoración es confirmar-no confirmar (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Este concepto se relaciona con cómo las personas confirman o no sus creencias a la vista de su perspectiva personal o del mundo (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Las personas están continuamente confirmando o no sus creencias cuando hacen una elección sobre lo que piensan o sienten o su forma de actuar. Estas elecciones pueden ser o bien coherentes con las elecciones previas o radicalmente distintas, y pueden requerir un cambio en las prioridades de valores. Es probable que, en algunos casos, los individuos piensen en decisiones anticipadas y, una vez llegue el momento de tomar la decisión, cambien su pensamiento y dirección en la vida. Los valores reflejan lo que es importante en la vida para una persona o una familia. Para Parse, vivir las prioridades de valores es el modo en que un individuo expresa el desarrollo humano. Las enfermeras conocen los valores de una persona preguntándole qué es para ella lo más importante.

Lenguaje

Paradojas: hablar-permanecer en silencio y moverse-quedarse quieto

El **lenguaje** es el tercer concepto del primer principio. Las paradojas del lenguaje son hablar-permanecer en silencio y moverse-quedarse quieto (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). El

lenguaje es un concepto visible que está relacionado con la forma en que los seres humanos simbolizan y expresan las realidades que imaginan y sus escalas de valores. Cuando el lenguaje es evidente para los demás, normalmente se expresa en pautas que se comparten con quienes tenemos más cerca. Los miembros de nuestra familia o los amigos más íntimos suelen compartir pautas similares, como la forma de hablar, de moverse y de callarse (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Las personas descubren cosas sobre sí mismas cuando verbalizan, e incluso cuando están en silencio o están quietas. Las enfermeras son testigos de las verbalizaciones que muestran las personas, pero pueden no conocer el significado de esas verbalizaciones. Para entender las verbalizaciones, las enfermeras deben preguntar a la gente qué significan sus palabras, sus acciones y sus gestos. Es posible que las personas quizás aún no conozcan el significado de sus verbalizaciones y, en ese caso, la enfermera respeta el proceso de llegar a entender el significado de una situación. Explicar el significado exige tiempo, y la gente ya sabe cuándo hay que ilustrar el significado y la importancia de un suceso o acontecimiento.

Segundo principio: configurar las pautas rítmicas

El segundo principio del desarrollo humano es «**configurar las pautas rítmicas,** que es la revelación-ocultación y la permisividad-limitación de la conexión-separación» (Parse, 2014, pág. 36). Este principio significa que los seres humanos crean pautas en la vida diaria y que esas pautas dicen mucho acerca de sus significados y valores personales. En los patrones de relación que crea la gente existen muchas libertades y restricciones que emergen tras las elecciones; todas las pautas implican compromisos complejos y distanciamientos con la gente, las ideas y las preferencias. El segundo principio incluye tres conceptos: 1) revelación-ocultación; 2) permisividad-limitación, y 3) conexión-separación.

Revelación-ocultación

Paradoja: descubrir-no descubrir

Revelar-ocultar es el primer concepto del segundo principio. La paradoja de la revelación-ocultación es descubrir-no descubrir (Parse, 2007b, 2012b, 2014). La revelación-ocultación es la forma en que las personas descubren y mantienen ocultas aquellas personas

en las que se están convirtiendo con el devenir visible-invisible que se convierte en el ahora emergente (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Existe siempre más que decir y que conocer sobre uno mismo y sobre los demás. A veces, las personas saben lo que quieren decir, y emiten mensajes sobre lo que se les hace visible con gran claridad; en otros momentos, pueden sorprenderse a sí mismas con los mensajes que suministran como lo que se convierte en cambios y movimientos visibles con el devenir invisible de su ahora emergente. Algunos aspectos de la realidad y la experiencia permanecen ocultos. Las personas también descubren-no descubren de forma diferente en distintas situaciones y con personas diferentes. Los modelos de revelación-ocultación son cocreados y están conectados íntimamente con las intenciones de las personas que cocrean el momento. Al elegir cómo ser con los demás, los profesionales de enfermería cocrean lo que sucede cuando están con personas.

Permisividad-limitación

Paradoja: potenciar-restringir

La **permisividad-limitación** es el segundo concepto del segundo principio. Está relacionado con la paradoja potenciar-restringir (Parse, 2007b, 2012b, 2014). La permisividad-limitación está relacionada con los potenciales y las oportunidades que destacan con las restricciones y obstáculos de la vida diaria. Cada elección, incluso las realizadas en situaciones prerreflexivas, tiene potenciales y restricciones. No es posible llegar a conocer todas las consecuencias de una elección determinada; por tanto, la gente realiza elecciones mediante la realidad de la ambigüedad. Cada elección conlleva la posibilidad tanto en la oportunidad como en la restricción; este hecho se puede verificar diariamente en la práctica cuando los pacientes y las familias afirman cosas como: «Esto es lo peor que podía sucederle a nuestra familia, pero nos ha ayudado en muchos aspectos». La permisividad-limitación trata de la elección de las posibilidades y la convivencia con las consecuencias de esas elecciones. Las enfermeras actúan como testigos para los demás, en tanto que contemplan las opciones y las consecuencias anticipadas de las elecciones difíciles.

Conexión-separación

Paradoja: atender-distanciarse

La **conexión-separación** es el tercer concepto del segundo principio. La paradoja relacionada con conexión-separación es atender-distanciarse (Parse, 2007b, 2012b, 2014). Este concepto está relacionado con las formas en las que las personas crean pautas para conectarse y separarse de la gente y de los proyectos. Las pautas creadas revelan prioridades de valores. La conexión-separación es sobre la comunión-soledad y las formas en las que la gente se separa de unos para juntarse con otros. La conexión-separación también es sobre la paradoja atender-distanciarse y explica la forma en la que dos personas pueden estar muy juntas y, aun así, estar separadas. A veces existe conexión cuando la gente se separa porque las personas pueden sobrevivir con una presencia ausente en su intimidad, especialmente cuando hay un duelo por la pérdida del otro (Bournes, 2000a; Cody, 1995b; Pilkington, 1993). Las enfermeras conocen las pautas de conexión-separación que tienen las personas preguntándoles acerca de sus relaciones y de sus proyectos más importantes.

Tercer principio: cotranscendencia con lo posible

«La **cotranscendencia con lo posible** es el poder y la creación de la transformación» (Parse, 2014, pág. 36) es el tercer principio de la teoría del desarrollo humano. El significado de este principio es que las personas cambian continuamente y se desarrollan en la vida a medida que se comprometen y eligen entre infinitas posibilidades sobre cómo ser, qué actitud o enfoque adoptar, con quién relacionarse y qué intereses o conceptos examinar. Las elecciones reflejan las formas de moverse o cambiar de las personas con el devenir visible-invisible para convertirse en el ahora emergente. Los tres conceptos que incluye este principio son: 1) poder; 2) creación, y 3) transformación.

Poder

Paradojas: emprender-resistir, afirmar-no afirmar, ser-no ser

El **poder** es el primer concepto del tercer principio. Está relacionado con las paradojas emprender-resistir, afirmar-no afirmar y ser-no ser (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). El poder es un concepto que transmite el significado sobre la lucha y la vida, y la voluntad de continuar a pesar de la dureza y la amenaza. Parse

(1981, 1998, 2012b, 2014) afirma que el poder es el proceso de emprender-resistir, de afirmar-no afirmar, de estar iluminado o no estarlo. La gente suele relacionar siempre el ser y el no ser. El no ser trata la pérdida o el riesgo de muerte y el rechazo. El poder es la fuerza ejercida; es decir, la energía para actuar y vivir con el objetivo mediante las posibilidades de afirmar y mantener lo que más se aprecia, a la vez que se vive simultáneamente con la pérdida y la amenaza del no ser. Existe resistencia a la fuerza de empuje hacia el poder, ya que las personas viven con otras que impulsan diferentes posibilidades en el devenir visible-invisible del ahora emergente. El conflicto, según Parse (1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014), presenta las oportunidades de aclarar el significado y los valores, y las enfermeras pueden potenciar este proceso estando presentes con las personas que exploran cuestiones, conflictos y opciones.

Creación

Paradojas: certeza-incertidumbre, adaptación-no adaptación

La **creación,** el segundo concepto del tercer principio, versa sobre la singularidad humana y trata dos paradojas: 1) certeza-incertidumbre, y 2) adaptación-no adaptación (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Los individuos se esfuerzan para parecerse a los demás, a la vez, se esfuerzan también para ser únicos. Las elecciones sobre la creación se dan con la realidad de la certeza-incertidumbre. No es posible saber todo lo que puede ocurrir por haber elegido ser distinto a los demás o ser como los demás. Para algunos, existe peligro de ser demasiado como los demás; mientras que otros pueden decir que el peligro es ser diferente. Cada persona define y vive la creación influida por su visión del mundo y sus valores. Crear algo nuevo es una pauta que coexiste con la constancia y la conformidad (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Los seres humanos elaboran sus pautas únicas de creación a la vez que se comprometen con las posibilidades de la vida diaria. Las enfermeras son testigos de la creación con las personas que eligen cómo van a ser con el cambio de sus pautas de salud.

Transformación

Paradoja: familiar-no familiar

La **transformación,** el tercer concepto del tercer principio, se

explica con la paradoja familiar-no familiar (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). La transformación tiene que ver con la visión del cambio y del movimiento continuo que tienen las personas sobre las vidas que viven y que se hacen visibles para ellas con el devenir invisible del ahora emergente. La gente suele estar siempre luchando para integrar a la familia lo que no es familiar en las vivencias del día a día. Cuando se realizan nuevos descubrimientos, la gente cambia su comprensión; en ocasiones, sus pautas de vida y las visiones del mundo pueden cambiar con consejos que iluminen una situación familiar con una nueva luz. La transformación es el cambio permanente cocreado como nueva información y comprensión profunda que se hacen visibles en el ahora emergente, cuando las personas encuentran formas de modificar la dirección de sus sueños y esperanzas más queridos (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Las enfermeras, en la medida en que están presentes con los demás, ayudan u obstaculizan los esfuerzos de las personas para aclarar sus deseos, sueños y direcciones deseadas.

Uso de datos empíricos

En 2016, Parse presentó dos métodos científicos básicos compatibles con el nuevo paradigma del desarrollo humano: la ciencia hermenéutica del desarrollo humano (Parse, 2016a) y la ciencia de Parse (Parse, 2016b). Como se ha comentado anteriormente, Parse ha dejado de emplear el término *investigación* para empezar a utilizar *ciencia.* «Desde una perspectiva del desarrollo humano, la ciencia es un logro permanente, indivisible, impredecible y siempre cambiante de conocimientos» (Parse, 2016b). Estos métodos pueden explorarse más en las referencias recogidas. El lenguaje anticuado que se emplea a continuación no se ha modificado con fines históricos, pero se han incorporado los nuevos términos y significados.

La investigación (ciencia) guiada por la teoría del desarrollo humano tiene la intención de potenciar la comprensión de los fundamentos teóricos o el conocimiento contenido en las hipótesis, postulados, principios y conceptos del desarrollo humano (Doucet y Bournes, 2007; Parse, 1998; 2007b; 2012b; 2014). La investigación

(ciencia) no se utiliza para comprobar la teoría de Parse. Las enfermeras asumen que las personas, que tienen libertad para elegir, tienen un significado único sobre las situaciones de la vida. Son indivisibles, imprevisibles, en cambio constante, y se relacionan con los demás siguiendo pautas paradójicas. Comprobar estas creencias sería comparable a comprobar la suposición de que los seres humanos son seres espirituales o que la gente está compuesta por sistemas complejos. Estas afirmaciones son creencias abstractas basadas en la experiencia, la observación y las creencias sobre la naturaleza de la realidad. Las afirmaciones básicas u ontológicas son valores cargados y, como se ha comentado, una enfermera puede sentirse atraída y mostrar su compromiso respecto a estas creencias básicas o no. La idea de un ser humano que es indivisible, imprevisible, en cambio constante y que elige libremente el significado es un supuesto que uno puede creerse o no. Las afirmaciones sobre los seres humanos son creaciones teóricas, no fácticas. Un estudiante o una enfermera tienen una idea del ser humano u otra. Según Parse (1991, 1999b, 2008c, 2008d, 2009b), esta es la razón por la que existe una necesidad de contemplar visiones paradigmáticas múltiples; la disciplina enfermera puede acomodar distintas visiones y distintas teorías sobre los fenómenos de preocupación para la enfermería. De acuerdo con Hall, Parse afirmó lo siguiente cuando se discutía la cuestión de valorar la teoría del desarrollo humano:

«La teoría [del desarrollo humano] no permite una valoración por sí sola, ya que no es una teoría predictiva y no se basa en una visión causa-efecto [del universo humano]. El objetivo de la investigación [ciencia] no es verificar la teoría o valorarla, sino más bien descubrir las esencias de los fenómenos vividos para conseguir una comprensión más profunda de lo universal [experiencias vitales del universo humano]. Esta comprensión evoluciona cuando se conectan las descripciones ofrecidas por las personas acerca de la teoría y así se hacen más explícitas las esencias del ser humano.»
(1993, pág. 12)

Por tanto, la ciencia en la teoría de Parse expande la comprensión

sobre las experiencias vitales en el universo humano universal y genera nuevos conocimientos sobre el desarrollo humano (Doucet y Bournes, 2007; Parse, 2012b; 2014; 2016a; 2016b). El conocimiento del desarrollo humano contribuye al conocimiento sustantivo de la disciplina enfermera. El conocimiento de la disciplina es diferente del conocimiento práctico o técnico que las enfermeras utilizan en entornos sanitarios. El conocimiento de la disciplina es teórico e identifica los fenómenos de interés de las enfermeras –que para Parse (1998, 2007b, 2012b) son las experiencias vitales del universo humano–. Según Parse (1998), «la investigación experta es una pregunta formal que lleva al descubrimiento de un nuevo conocimiento, mejorando la teoría» (pág. 59). Esta idea de nuevo conocimiento con la mejora de la teoría requiere una atención para clarificar las distinciones entre las distintas maneras de pensar.

La investigación (ciencia) guiada por el desarrollo humano explora las experiencias vitales universales del universo humano con las personas que las viven con el devenir visible-invisible que se convierte en sus vidas cotidianas. Parse sostiene que existen experiencias vitales universales del universo humano, como la esperanza, la alegría, la pena, el duelo, el miedo y la confianza. Los relatos de los participantes (llamados actualmente **historiadores**) en la investigación de sus **experiencias vitales** en la ciencia guiada por el desarrollo humano son descripciones de sus «recuerdos-proyecciones de los fenómenos [en estudio] cuando aparecen con el ahora emergente. Es una *vivencia* de la experiencia que se está describiendo» (Parse, 2012b, pág. 49) a la luz de lo que se hace visible para ellos en torno a la experiencia del momento. Esto significa que la ciencia guiada por el desarrollo humano explora experiencias vitales universales del universo humano cuando las viven las personas. Estas viven en el momento, y lo que recuerdan y lo que esperan se contempla siempre dentro del contexto de lo que se está haciendo visible en el ahora emergente. Las experiencias vitales universales del universo humano no se reducen a marcos temporales lineales, ya que las experiencias vitales son cocreadas con el «conocimiento indivisible e ilimitado» (Parse, 2007b, pág. 308). Una enfermera investigadora (que actualmente se denomina un **enfermera erudita**) que realiza investigación de la ciencia de Parse invita a las personas a hablar sobre una experiencia vital

concreta dentro del universo humano universal. Por ejemplo, un historiador podría hablar sobre su experiencia de duelo (Cody, 1995a; 2000; Pilkington, 1993). El erudito guiado por el desarrollo humano sabe que la realidad de la persona rodea lo que se recuerda y lo que se imagina o espera a medida que aparece en el momento (Parse, 2007b). El erudito también da por supuesto que la persona conoce su experiencia y puede ofrecer un resumen de su experiencia a medida que la vive y conoce. Lo que se comparte sobre la experiencia en investigación es lo que Parse (2008e) llamó «verdad para el momento» (pág. 46). La verdad para el momento es la descripción de la persona de su realidad, una expresión de «sabiduría personal» (Parse, 2008e, pág. 46) sobre el fenómeno en estudio a la luz de lo que sucede y se conoce en ese instante. La verdad, desde esta perspectiva, es «descubrir la evidencia, ser testigo de un conocimiento en cambio constante a medida que nuevos conocimientos cambian el significado y la verdad para el momento» (Parse, 2008e, pág. 46). Por tanto, todas las pruebas de la ciencia son la «verdad para el momento» (pág. 46).

En 1987, Parse desarrolló por vez primera un método de investigación específico (actualmente llamado **ciencia**) compatible con la teoría del desarrollo humano (este método se llamó inicialmente *método de investigación Parse* y ahora se llama **método de ciencia Parse**); desde entonces se ha articulado un método hermenéutico del desarrollo humano y actualmente se habla ya de la ciencia hermenéutica del desarrollo humano (Cody, 1995c; Parse, 1998, 2001b, 2005, 2007a, 2011b, 2014, 2016a). Si se desea más información sobre estos métodos, consulte *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals* (Parse, 1998); *Quantitative Inquiry: the Path of Sciencing* (Parse, 2001b) y *The Humanbecoming Paradigm: A Transformational Worldview* (Parse, 2014). Se pueden encontrar más detalles y actualizaciones sobre la ciencia del desarrollo humano en los artículos de Parse y de otros autores (Doucet y Bournes, 2007; Parse, 2005; 2011b; 2014; 2016a; 2016b). La ciencia de Parse registra informes de experiencias personales y los analiza de forma sistemática para identificar los aspectos de las experiencias vitales compartidos por los participantes. Las ideas centrales que comparten todos ellos forman una estructura del fenómeno en

estudio. La estructura (que actualmente se conoce como **momento existente discriminante**) (Parse, 2016b) es definida por Parse (2011b) como «una descripción del ahora emergente… El ahora emergente encarna el recuerdo-prospección sobre la experiencia [vital]» (pág. 13). El momento existente discriminante de la experiencia vital en el universo humano universal se crea por «la fusión de horizontes de los historiadores y eruditos» (Parse, 2016b). Los nuevos conocimientos quedan inmersos dentro de los conceptos nucleares y, cuando se descubren, refuerzan la teoría y comprensión más allá del estudio concreto. La creación de nuevos conocimientos que se entretejen con los conceptos teóricos expande la comprensión del contenido de la teoría del desarrollo humano (este entrelazado se llama actualmente **transustanciación**) (Parse, 2016b), y el nuevo conocimiento genera razonamiento y diálogo disciplinario e interdisciplinario.

La metáfora de la búsqueda del oro describe la ciencia de Parse. El erudito reúne las descripciones de los historiadores igual que el buscador de oro recoge tierra. El proceso de extracción-síntesis (actualmente llamado **destilación-fusión**) (Parse, 2016b) de la ciencia de Parse se equipara a recoger, mover, filtrar, buscar y separar, igual que los buscadores de oro. Los eruditos que siguen la ciencia de Parse tratan de separar el contexto particular de las ideas nucleares. Esta recogida y descubrimiento se producen una y otra vez conforme se separan el contexto y la tierra de las ideas nucleares o pepitas, que al final se separan el contexto o tierra que las rodeaba. La búsqueda de oro es agotadora, pero la ciencia de Parse también lo es. Ambos procesos exigen excitación y anticipación ante lo que se trata de descubrir. El proceso de destilación-fusión de la ciencia de Parse separa las ideas nucleares presentes en las descripciones de la experiencia vital en estudio de todos los participantes. Las ideas centrales, como las pepitas de oro, son aisladas pero todavía no están refinadas en una forma que las haga significativas para el mundo en su conjunto. Las pepitas de oro se refinan en monedas o joyas. Las ideas centrales lo hacen en el lenguaje del desarrollo humano y la ciencia de la enfermería, de manera que otros profesionales de esta disciplina vean no solo dichas pepitas, sino la significación de las ideas recién afinadas a la luz de un lenguaje propio de la ciencia de la enfermería. Dado que

toda la ciencia está impulsada por la teoría, los hallazgos de la misma se interpretan en virtud del marco de referencia orientador para avanzar en el conocimiento de la disciplina.

Principales premisas

En su trabajo original, Parse (1981, 1998) resumió que «los principios, los postulados y los conceptos de Rogers, Heidegger, Merleau-Ponty y Sartre… en relación con la creación de las suposiciones sobre el ser humano y la evolución, apuntan una visión de la enfermería basada en las ciencias humanas. Cada supuesto es único y representa una síntesis de tres de los postulados y conceptos ilustrados a partir de la obra de Rogers y de la fenomenología existencial» (Parse, 1998, pág. 19). Parse se fija en el trabajo de otros teóricos para construir una base sólida para una nueva ciencia enfermera. En consecuencia, los supuestos originales que sustentan el desarrollo humano se centran en las creencias sobre los seres humanos y su devenir visible-invisible en conversión, que es la salud (Parse, 2012a). Parse no especifica suposiciones separadas sobre el universo, ya que el universo es ilimitable y cocreado con los seres humanos, más que separado de los seres humanos. De hecho, en su trabajo más reciente, Parse (2014) ha actualizado sus asunciones para dejar claro que los humanos y el universo son inseparables. Sus asunciones actuales describen sus ideas sobre el universo humano, la calidad de vida y el *ethos* del desarrollo humano (Parse, 2014). De las premisas del paradigma del desarrollo humano surgen tres temas, que son: 1) **significado;** 2) **ritmo,** y 3) **transcendencia** (Parse, 1998, 2014). Los tres temas están impregnados de los postulados de **ilimitabilidad, paradoja, libertad** y **misterio** (Parse, 2007b).

El significado se encuentra en los mensajes que dan y reciben las personas cuando hablan, se mueven, permanecen en silencio o cuando están tranquilas (Parse, 1998, 2012b, 2014). El significado indica la importancia de algo y es la propia gente quien la elige. Las personas ajenas a las situaciones no pueden decidir acerca del significado o la importancia de algo en nombre de otra persona. Las enfermeras no pueden saber lo que significará para una familia recibir noticias de una enfermedad inesperada o de un cambio en la

salud hasta que aprenden el significado que el hecho supone desde la perspectiva de la familia. A veces, la gente no puede saber la importancia de algo hasta que se ha explorado su significado y se han examinado sus posibilidades. Los significados personales se comparten con los demás cuando la gente expresa su opinión, sus preocupaciones, sus esperanzas y sus sueños. Según Parse (1998, 2014), el significado está relacionado con momentos de la vida diaria y también con el significado u objetivo de la propia vida.

El ritmo trata de las pautas y la posibilidad. Parse (1981, 1998, 2014) sugiere que la gente vive pautas irrepetibles de relación con los otros, las ideas, los objetos y las situaciones. Sus pautas de relación encarnan sus realidades, y estas pautas cambian constantemente conforme integran nuevas experiencias e ideas con lo que se convierte en visible-invisible en el ahora emergente. Para Parse, la gente se reconoce por sus pautas. La gente altera sus pautas cuando se integran nuevas prioridades, ideas y sueños y cuando muestran patrones coherentes que continúan como hilos de familiaridad e identidad durante toda la vida.

La transcendencia es el tercer tema principal del paradigma del desarrollo humano. La transcendencia trata del cambio y de la posibilidad, es decir, la infinita posibilidad que supone el desarrollo humano. «Las posibilidades aumentan con… [el universo humano] … como las opciones desde las cuales se eligen las formas personales de la evolución» (Parse, 1998, pág. 30). Para poder creer una cosa u otra, para poder ir en una u otra dirección, para ser persistente o para prescindir de algo, para luchar o para asumir, para estar seguro o inseguro, para afrontar o para desesperarse –todas estas opciones aparecen en la vida diaria–. Tener en cuenta y elegir entre estas opciones cotransciende con distintas posibilidades.

Enfermería

De acuerdo con sus creencias, Parse escribe sobre la enfermería como ciencia básica. Parse (2000) escribió: «Es el deseo de muchas enfermeras que la enfermería como disciplina goce del reconocimiento de tener una base de conocimientos exclusiva, y la profesión será lo suficientemente distinta de la medicina para que la

gente busque a las enfermeras para recibir cuidados enfermeros, no para diagnósticos médicos» (pág. 3). Durante más de 35 años, Parse ha ido avanzando en su creencia de que la enfermería es una ciencia básica y que las enfermeras necesitan teorías que sean distintas de otras disciplinas. Parse considera que la enfermería es un servicio exclusivo para la humanidad. Ello no significa que las enfermeras no utilicen ni se beneficien del conocimiento de otras disciplinas y campos de estudio. Significa que las enfermeras se fían de y valoran el conocimiento de la teoría de enfermería en sus actividades prácticas y de ciencia. Parse (1992) ha insistido claramente en su opinión de que «la enfermería es una ciencia cuya práctica es un arte interpretativo» (pág. 35). Desde esta perspectiva, la enfermería es una disciplina aprendida, y las teorías de la enfermería orientan la ciencia (investigación) y la vivencia del arte (práctica).

La práctica enfermera para quienes eligen la teoría de Parse se guía por una metodología que surge directamente de la ontología del desarrollo humano. Parse (2014) afirmó que, según la base ontológica de humanizarse, «el término *vivir*, en lugar de *practicar*, es la mejor forma de describir la forma de *estar con* las personas de los profesionales dentro del desarrollo humano» (pág. 91). Vivir el arte del desarrollo humano implica una presencia verdadera. Parse sugirió lo siguiente acerca de la presencia verdadera: «La presencia verdadera es una conexión potente universo-humano en movimiento, una forma especial de *estar con* los demás, atenta a los cambios que se producen en cada momento del significado con el hacer visible-invisible del ahora emergente» (pág. 93). Cuando el profesional del desarrollo humano vive la presencia verdadera para otro, la persona desarrolla nuevas introspecciones que iluminan el significado, modifican los ritmos e inspiran la transcendencia (Parse, 2014). Si desea ver ejemplos de cómo se vive el arte de la enfermería guiada por el desarrollo humano, consulte los siguientes: Bournes y Naef (2006); Bunkers (2011, 2012b); Hayden (2010); Hegge (2012); Jasovsky et al. (2010); Jonas-Simpson (2010); Oaks y Drummond (2009); Peterson-Lund (2011); Smith (2010) y Tanaka, Katsuno y Takahashi (2012). Parse describe la práctica de enfermería como la vivencia del arte del desarrollo humano del modo siguiente:

«La enfermera está en presencia real con el individuo (o su familia), mientras que el individuo (o su familia) descubre el significado personal de la situación y realiza elecciones para moverse hacia el momento actual con las esperanzas y los sueños que más aprecia. El centro se encuentra en el significado de la experiencia vivida por la persona (o su familia), descubriéndola "allí" con la presencia de la enfermera… La vivencia de la teoría en la práctica es, de hecho, lo que marca la diferencia para las personas que han estado influidas por esta.»

(1993, pág. 12)

Para Parse, la enfermería es una ciencia, y el arte interpretativo se desarrolla en las relaciones con las personas (individuos, grupos y comunidades). Parse (1989) ha ofrecido el siguiente conjunto de fundamentos para practicar el arte de la enfermería:

- Conozca y utilice los marcos de la enfermería y sus teorías.
- Ofrezca su disponibilidad a los demás.
- Valore al prójimo como una presencia humana.
- Respete la diversidad de opiniones.
- Mantenga lo que considera y cree que puede serle útil para sus acciones.
- Sienta inquietud por lo nuevo y lo que aún no se ha demostrado.
- Conecte con los demás.
- Siéntase orgulloso de usted mismo.
- Haga que le guste todo lo que hace.
- Reconozca los momentos de alegría en los sobresaltos que le depara la vida.
- Comprenda el misterio y muéstrese abierto a nuevos descubrimientos.
- Sea competente en su área de especialidad elegida.
- Descanse y vuelva a empezar (pág. 111).

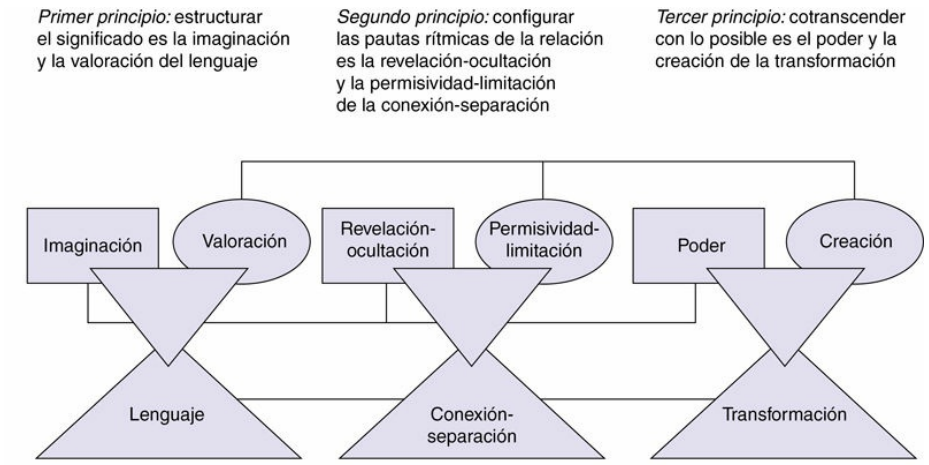
Persona, entorno y salud interpretados como universo humano, desarrollo humano y calidad de vida

Como se ha mencionado anteriormente, Parse (1998, 2007b, 2012b) interpreta los conceptos *ser humano y universo* como inseparables e irreducibles. Para resaltar esta inseparabilidad, concretó *humanuniverse* y *humanbecoming* en una palabra (Parse, 2007b). Parse ya no alude a la *salud* en el nuevo paradigma del desarrollo humano. El aspecto importante es la calidad de vida (Parse, 2014). La calidad de vida es el llegar a ser visible-invisible del ahora emergente conforme los humanos viven la vida estructurando el significado, configurando patrones rítmicos y cotranscendiendo con los posibles (Parse, 2012a). La calidad de vida transmite la idea de que las personas cambian constantemente. «*Calidad de vida* alude a la naturaleza nuclear de una persona, los fundamental de su vida. ¿Cuál es su naturaleza nuclear? Es la comunidad vital en la que cada persona tiene una presencia augusta, la cocreación del universo humano con los predecesores, contemporáneos y sucesores» (Parse, 2013, pág. 112). La calidad de vida tiene tres conocimientos centrales: «Reforzar la sabiduría, dar testimonio y penetrar el silencio» (Parse, 2013, pág. 112). Para reforzar la sabiduría, las personas eligen formas de ser que se ajusten a sus prioridades en valores. «El refuerzo de la sabiduría se nutre de los conocimientos explícitos-tácitos de los individuos, conforme estos se mueven y al tiempo ponen en marcha vías para reforzar sus prioridades en valores personales» (pág. 114). A la hora de dar testimonio, la persona elige determinados patrones que generan al tiempo oportunidades y restricciones. «Dar testimonio permite a las personas en los momentos de decisión anclarse en aspectos persistentes, al tiempo que se consigue diversificar la conducta en atención a los constantes cambios» (pág. 114). Para poder penetrar el silencio, el individuo debe valorar en silencio las ilimitadas oportunidades con las que cuenta para crear algo nuevo. «*Penetrar el silencio* es atravesar la quietud en silencio solemne. Es la perfecta intimidad de lo indecible que permea la esencia del ser» (pág. 114). Estos conocimientos nucleares de la calidad de vida cocrean el desarrollo humano en el universo humano.

Fundamentos teóricos

Los principios de Parse (1981, 1998, 2012b, 2014) son los

fundamentos de la teoría del desarrollo humano. Cada principio interrelaciona nueve conceptos del desarrollo humano: 1) la imaginación; 2) la valoración; 3) el lenguaje; 4) la revelación oculta; 5) la permisividad-limitación; 6) la conexión-separación; 7) el poder; 8) la creación, y 9) la transformación (fig. 24.1). Los proyectos de ciencia generan momentos existentes discriminantes (llamados anteriormente *estructuras*) de las experiencias vitales del universo humano universal, que especifican todavía más las relaciones entre los conceptos teóricos. Por ejemplo, Naef y Bournes (2009) estudiaron la experiencia vital de esperar en personas que se encuentran en lista para recibir un trasplante pulmonar y presentaban el siguiente momento existente discriminante: «La experiencia vivida de la espera habilita-limita la imaginación-valoración del poder de la conexión-separación» (pág. 145). Los momentos existentes discriminantes permiten mejorar la comprensión de los fenómenos cuando los lectores valoran las descripciones de los historiadores que se conectan con los conceptos del desarrollo humano. Para más ejemplos de ciencia del desarrollo humano, se remite al lector a una supervisión de los estudios (Baumann, 2008, 2012b, 2016; Bournes y Milton, 2009; Bunkers, 2010b; 2012a; Condon, 2010a, 2010c; Doucet, 2012a, 2012b; Doucet y Bournes, 2007, y otras publicaciones recientes; Florczak, 2010, 2012; Maillard-
Struby, 2012; Morrow, 2010; Parse, 2005; 2008e; 2009c; 2011b; 2012l Peterson-Lund, 2012; Smith, 2012).



Conceptos en los *cuadrados:* El *poder emerge* con la *revelación-ocultación* de la *imaginación.*
Conceptos en los *óvalos:* La *creación* emerge con la *permisividad-limitación* de los *valores.*
Conceptos en los *triángulos:* La *transformación* emerge con el *lenguaje* de *conexión-separación.*

FIGURA 24.1 Relación de principios, conceptos y estructuras teóricas de la teoría del desarrollo humano. (Tomado de Parse, R. R. [1998]. *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals* [p. 56]. Thousand Oaks, CA: Sage. Principios actualizados de Parse, R. R. [2012]. New humanbecoming conceptualizations and the humanbecoming community model: Expansions with sciencing and living the art. *Nursing Science Quarterly*, *25,* 44–52.)

Planteamiento lógico

El proceso inductivo-deductivo era fundamental para la creación de la teoría del desarrollo humano. La teoría surgió de las experiencias personales de Parse con sus lecturas y en la vivencia del arte de la enfermería. Esta autora empleó de forma deductiva-inductiva los componentes principales del desarrollo humano desde la ciencia de los seres humanos unitarios y el pensamiento existencial-fenomenológico. Con su sentido intuitivo, Parse extrajo de forma metodológica los supuestos, postulados, principios, conceptos y metodologías de práctica (vivencia del arte) y ciencia del paradigma del desarrollo humano. La figura 24.1 muestra cómo los principios, los conceptos y las estructuras teóricas se relacionan con simplicidad y complejidad. La abstracción y la complejidad crean la posibilidad de crecimiento, erudición y sostenibilidad.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

El rango de publicaciones acerca del desarrollo humano pone de manifiesto el amplio objetivo de la aceptación por la comunidad de enfermería (Bournes, 2013; Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Bournes y Flint, 2003; Bournes y Naef, 2006; Bunkers, 2010a; 2010c; 2011; 2012b; Hayden, 2010; Hegge, 2012; Jasovsky et al., 2010; Mitchell, Bournes y Hollett, 2006; Oaks y Drummond, 2009; Peterson-Lund, 2011; Smith, 2010; Tanaka, Katsuno y Takahashi, 2012). Existe un grupo de expertos en enfermería que están ayudando a avanzar en el desarrollo humano desde la vivencia del arte, la ciencia y la formación. La teoría ha creado una diferencia para las enfermeras y para las personas (pacientes) que experimentan profesionales del desarrollo humano que viven una presencia verdadera. La teoría incluye a las enfermeras que trabajan con ancianos y con niños. La teoría guía la vivencia del arte de la enfermería de las enfermeras que trabajan con familias (Parse, 2009a) y con personas en entornos hospitalarios, clínicas y entornos comunitarios (Parse, 2003, 2012b). Por ejemplo, se ha desarrollado un modelo de acción de salud basado en la comunidad, y está recibiendo apoyo por parte de la comunidad local y de otras agencias de financiación (Crane, Josephson y Letcher, 1999). La teoría se utilizó como una guía teórica genérica para desarrollar un modelo de toma de decisiones para reguladores de enfermería en un comité estatal de enfermería (Benedict et al., 2000; Damgaard y Bunkers, 1998; 2012). La teoría ha generado controversia y debate académico sobre la enfermería como una disciplina en evolución y una ciencia humana diferenciada. No se trata de preguntarse si la teoría funciona en un área determinada de la enfermería; ha sido experimentada por profesionales de enfermería en el quirófano, en parroquias, en albergues, en comités de enfermería, en hospitales de cuidados agudos, en centros comunitarios y de estancias de larga duración, y en otros lugares en los que estos profesionales tienen relaciones con personas y con familias.

Formación

El paradigma del desarrollo humano y las suposiciones filosóficas y las creencias teóricas especificadas por Parse (1981, 1998, 2012b, 2013, 2014) han alimentado muchos diálogos eruditos sobre los resultados a la hora de vivir el arte de la enfermería, en la ciencia y en la formación, cuando distintas teorías guían los desvelos de las enfermeras. En *Nursing Science Quarterly* y otras revistas, las enfermeras han avanzado el diálogo y el debate sobre el rol de la teoría en la práctica, las limitaciones y las contribuciones del modelo médico, la ética del diagnóstico enfermero y la relación enfermera-persona, el paternalismo y la asistencia sanitaria, el conocimiento de la práctica enfermera avanzada, aspectos paradigmáticos en enfermería, las limitaciones de la enfermería basada en la evidencia, las posibilidades y la política de la ciencia humana, la libertad y la elección, el objetivo de la enfermería basada en la comunidad, la naturaleza de la realidad, el liderazgo y la teoría de enfermería, y el alcance de los errores en enfermería.

Parse (2004, 2014) creó un modelo de educación-aprendizaje del desarrollo humano que está siendo utilizado de diversas maneras con estudiantes de ámbitos docentes (Baumann, 2012a; Bunkers, 2009; Condon, 2009; 2012a; 2012b; Condon y Hegge, 2011; Delis, 2012; Letcher y Yancey, 2004; Milton, 2012b; Ursel y Aquino-Russell, 2010) y en la práctica (Bournes y Naef, 2006). Los profesores en ámbitos académicos y prácticos han contribuido a una nueva comprensión y nuevos procesos de educación-aprendizaje, y la teoría de Parse se ha utilizado como modelo para explicar los pros y los contras del teleaprendizaje (Norris, 2002). El paradigma del desarrollo humano está incluido en los cursos de Enfermería de grado y posgrado en muchas Facultades de Enfermería.

En *Man-Living-Health: A Theory of Nursing*, Parse (1981) presentó una muestra de plan de estudios de un máster en Enfermería. Elaboró este plan de estudios detallado basado en el proceso, que incluía descripciones y las secuencias del curso. El plan de estudios se actualizó en el texto de 1998 de *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals,* donde Parse elabora la filosofía, los objetivos, el marco conceptual, los temas, los indicadores de programa, el contenido cultural y la

evaluación en una muestra de plan de estudios coherente con el desarrollo humano. En *The Humanbecoming Paradigm: A Transformational Worldview,* Parse (2014) presentó un plan de formación para los profesionales del desarrollo humano. El conocimiento disciplinario de este plan tiene la base del paradigma del desarrollo humano. En este plan se recogen la filosofía, los objetivos, el marco conceptual y los indicadores del programa.

Un plan de estudios de máster coherente con el desarrollo humano fue elaborado en la Olivet Nazarene University en Kankakee, Illinois (Milton, 2003). Hasta la fecha, la mayoría de los alumnos que estudian el paradigma del desarrollo humano son orientados por la teoría en sus vivencias del arte de la enfermería y en la ciencia. Las ideas y la teoría de Parse se están integrando cada vez más en programas de pregrado para ampliar las opciones de que los estudiantes sean instruidos en la noción de que la enfermería es un arte y una ciencia. Por ejemplo, se diseñó, aplicó y homologó un plan de estudios de pregrado en la California Baptist University, en Riverside, California (Milton, comunicación personal, 6 de julio de 2012). Además, los alumnos de máster y doctorado (PhD y DNP) de la South Dakota State University, Brookings y Sioux Falls, Dakota del Sur, estudian el paradigma del desarrollo humano, y varios alumnos de doctorado han empleado esta teoría como guía en sus proyectos científicos para la tesis.

Investigación

La teoría del desarrollo humano ha guiado numerosos estudios de la ciencia en países muy distintos sobre numerosas experiencias vividas, incluyendo el sentirse querido, sentirse muy cansado, tener coraje, esperar, sentirse cuidado, el duelo, cuidar a un ser querido, persistir cuando se quiere un cambio, sentirse comprendido y ser escuchado, además de pasar el tiempo, calidad de vida, salud, presencia continuada, esperanza y satisfacción (Doucet y Bournes, 2007). La ciencia de Parse y la ciencia hermenéutica del desarrollo humano (Parse, 2016a, 2016b) generan nuevos conocimientos acerca de las experiencias vitales universales en el universo humano (Cody, 1995b, 1995c; Parse, 2001a, 2001b, 2005, 2007a, 2011b, 2012b). Por ejemplo, los hallazgos de la ciencia han

aumentado la comprensión sobre cómo los individuos experimentan la esperanza mientras imaginan nuevas posibilidades y sobre cómo crean momentos de respiro cuando están de duelo por una muerte. Los hallazgos de la ciencia están entrelazados con la teoría de manera que los hallazgos pueden informar al pensamiento en cualquier estudio particular.

En los estudios de duelo y pérdida, los investigadores describen un ritmo de implicación y desimplicación con la persona perdida y con las otras personas que recuerdan al que sufre duelo por la persona perdida (Cody, 1995a; Florczak, 2008; Pilkington, 1993; 2008). Las mujeres que han sufrido un aborto ya tenían una relación con sus bebés, y la angustia de perderlos era tan intensa que las mujeres inventaron formas de distanciarse de la realidad del hijo perdido. Cuando estaban solas, el dolor era insoportable, y cuando estaban con otras personas la angustia era facilitada e intensificada a la vez como expresiones de consuelo mezcladas con palabras que reconocían la realidad del hijo perdido (MacDonald y Jonas-Simpson, 2009; Pilkington, 1993). Las mujeres describían ritmos de implicación-desimplicación con la pérdida del niño, y cercanía con los demás, dolor y respiro. La vinculación del ritmo con el concepto teórico de *conexión-separación* y con la idea de *presencia continuada* significa que los profesionales de enfermería pueden pensar en, y estar presentes con, aquellos que están sufriendo una pérdida y un duelo. ¿Cómo expresan las familias en cuidados paliativos su implicación y su distanciamiento de la persona que se está aproximando a la muerte? ¿Cómo se implican y desimplican los padres que pierden a hijos adultos en cuanto al hijo ausente? Los estudios de la ciencia sobre la pérdida y el duelo pueden potenciar especialmente la comprensión sobre la conexión-separación con el conocimiento de la práctica de la enfermería.

En 2004, Mitchell desarrolló un marco para criticar la ciencia del desarrollo humano que amplía las opciones para los detractores que se comprometen en la ciencia enfermera guiada por el desarrollo humano. Parse (2011b) continúa perfeccionando el método de la ciencia. En las primeras modificaciones, Parse cambió el nombre de la proposición participante al **arte del lenguaje,** y añadió un proceso que requiere que el investigador elija o cree una expresión artística que muestre cómo el investigador se transfiguró a través

del proceso de investigación (Parse, 2005). La expresión artística mejora la comprensión de lo que el erudito aprendió sobre el fenómeno en estudio. Por ejemplo, en su estudio sobre la experiencia del sentimiento respetado, Parse (2006) describió que los 10 historiadores adultos del estudio describieron el sentimiento respetado como «un reconocimiento del valor personal» (pág. 54). Por ejemplo, describían sentirse seguros, confiados y apreciados, y gozar con el sentimiento respetado (Parse, 2006). Parse mostró que, en cada caso, el historiador hablaba del sentimiento respetado como una «seguridad fortificada en medio de una indiferencia potencial que surge con el placer satisfecho de las alianzas preciadas» (pág. 54). La expresión artística de Parse (2006) para este estudio –es decir, su descripción de su propio aprendizaje sobre el fenómeno del sentimiento respetado que surge a través del proceso de la ciencia– fue el siguiente poema:

El roble se yergue
noble en la colina
incluso en
la época de los cerezos en flor.

Basho (1644-1694/1962)

Parse (2006) interpretó la expresión artística al decir, «el roble se yergue noble, reconocido como tal con el potencial de ser ignorado entre la belleza de los cerezos en flor, aunque existe placer en la fortificación de ser conocido como roble. El roble y los cerezos en flor viven una mutualidad de ser preciados como singulares individualmente y excepcionalmente juntos» (pág. 55). Posteriormente, Parse introdujo las **emergencias metafóricas** en su método de investigación. Lo hizo después de estudiar los informes de numerosos estudios del método de investigación de Parse y observó que:

«Las descripciones lingüísticas de experiencias [vitales] universales ofrecidas por los participantes estaban repletas de metáforas que expresaban de forma creativa el significado de las experiencias [vitales] universales. Las metáforas son frases, atribuciones a

objetos o ideas que ofrecen sorprendentes giros de significado… Extraer metáforas expresadas por los participantes de los diálogos sobre experiencias [vitales] universales y conceptualizarlas creativamente a la luz de la ontología del desarrollo humano amplía el conocimiento de las experiencias.»

(2011b, pág. 13)

Parse (2011b) utilizó el estudio de 2006 sobre el respeto de los sentimientos para ilustrar el uso de emergencias metafóricas con el método de investigación de Parse. Las emergencias metafóricas que proceden de las descripciones de los participantes sobre el respeto de los sentimientos en ese estudio (Parse, 2006) incluían la siguiente: «El respeto de los sentimientos me hace sentir que todos los cilindros están en marcha; la euforia que me invade me dura media hora después de terminar la clase» (pág. 53). Al describir lo que se aprende a partir de esta metáfora en el estudio, Parse escribió:

«Esta metáfora ilumina el significado del respeto a los sentimientos cuando se vinculan con los conceptos centrales (seguridad en medio de una indiferencia potencial que surge con el placer satisfecho de las alianzas preciadas) y cuando se elaboran con la ontología del desarrollo humano. El funcionamiento de todos los cilindros es la fuerza impulsora del empuje-resistencia en el poder con el intenso impulso del refuerzo de la seguridad. El refuerzo de la seguridad con el respeto a los sentimientos surge con imágenes ilimitables que cocrean nuevas preferencias predilectas familiares-no familiares que se viven como oportunidades entre las limitaciones. El sentimiento eufórico de la metáfora es el placer satisfecho de verse elevado, aun frente al recuerdo y el potencial siempre presente de la indiferencia. La paradoja vital de atención-indiferencia revela y oculta a la vez la diversidad de la conexión-separación con las alianzas preciadas que emergen con el respeto a los sentimientos. La metáfora de "todos los cilindros en marcha… [con euforia]" lleva a considerar el respeto de los sentimientos como una fuerza poderosa para eludir los vaivenes ondulantes en

la confirmación de los compromisos humanos. Muestra la experiencia vivida del respeto a los sentimientos como una cocreación expresada en el ahora emergente que encarna de una vez el misterio del ser humano.»

(2011b, pág. 14)

Es posible revisar otros cambios en la ciencia de Parse y la ciencia hermenéutica del desarrollo humano leyendo las referencias citadas al final del capítulo.

Crítica

Claridad

El desarrollo humano es un paradigma de enfermería abstracto y complejo que incluye la teoría del desarrollo humano (los principios). Es una teoría y no un modelo, porque sus conceptos e interrelaciones se definen por principios que están escritos en un discurso a nivel abstracto –el lenguaje de la ciencia–. La teoría penetra en los principios de la enfermería tradicional y de la asistencia sanitaria en general. Esa penetración puede estar limitada por fisuras u oleadas de actividad para aumentar las oportunidades y avanzar el pensamiento. Esto obliga a las enfermeras a explorar vías que resulten útiles para fomentar la mejora de la humanidad.

Sencillez

Manteniendo el discurso teórico, los principales conceptos del desarrollo humano se definen en términos abstractos y filosóficos. El lenguaje ha constituido una fuente de acuerdo y desacuerdo para las enfermeras (Mitchell y Bournes, 2000; Mitchell, Bournes y Hollett, 2006). El desacuerdo con el lenguaje en ocasiones puede estar más relacionado con las creencias y los supuestos no familiares sobre el universo humano que con los conceptos actuales. Además, para algunos el desacuerdo radica en las afirmaciones no direccionales que no especifican relaciones causales o predictivas sobre el universo humano.

Los conceptos del desarrollo humano se oyen a veces en las personas cuando se tienen en cuenta sus experiencias humanas. Por

ejemplo, el concepto de la valoración cuando se discute sobre la experiencia humana se centra en la manera en que las personas eligen y actúan en lo que es importante en sus vidas. Esta idea debería ser inherentemente familiar, lo mismo que la idea de que, a veces, la gente revela los detalles más íntimos de su vida mientras que otras veces guarda secretos de los demás (revelar-ocultar). Pickrell et al. (1998) señalaron que la primera vez un lector puede verse tentado de descartar los conceptos pensando que son simples para transmitir la complejidad inherente de la teoría, pero los autores advierten que hacerlo sería un error. Los principios de Parse describen una imagen compleja y realista del desarrollo humano, y esta imagen ofrece un marco de significado para la comprensión de la ilimitabilidad, el misterio, la libertad y la paradoja del universo humano.

Generalidad

Las enfermeras y otros profesionales sanitarios seleccionaron el paradigma del desarrollo humano como guía teórica en diferentes ámbitos, como cuidado agudo, cuidado a largo plazo, comunidad y regulación de la enfermería. La teoría ha ayudado a que las enfermeras estén con las personas, las familias y los grupos, y se ha evaluado en ámbitos de la enfermería donde los pacientes valoraron la diferencia positiva que representa (Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Jonas, 1995; Mitchell, Bernardo y Bournes, 1997; Northrup y Cody, 1998; Williamson, 2000). El desarrollo humano ha ayudado a los líderes a crear cambios beneficiosos en la cultura organizativa y el desarrollo informado de los estándares de cuidado (Mitchell y Bournes, 1998), las guías de las buenas prácticas (Nelligan et al., 2002; Registered Nurses Association of Ontario, 2002), los instrumentos en la toma de decisiones para los reguladores de enfermería (Benedict et al., 2000; Bunkers, 2016; Damgaard y Bunkers, 1998; 2012), programas de instrucción para profesionales de enfermería principiantes (Bournes y Plummer, 2011; Bournes et al., 2011) y el liderazgo y los programas de ciencia para profesionales de enfermería que trabajan en el punto de atención (Bournes, 2013). La teoría del desarrollo humano cambia lo que ven los profesionales cuando se

comprometen con las personas en la vivencia del arte de la enfermería y en la ciencia. La teoría hace cambiar el pensamiento, la actuación, las actitudes y los enfoques de los que se fían los profesionales para cubrir sus objetivos con los demás. De hecho, la teoría del desarrollo humano cambia las intenciones y los objetivos de los profesionales y no hay límite en cuanto a cómo debe contribuir la enseñanza a la práctica con un cierto significado y los enfoques para todas las actividades profesionales relacionadas con la investigación, la formación y el liderazgo.

Accesibilidad

La accesibilidad de la teoría se evalúa con la evidencia analizada en las siguientes preguntas:

- ¿Está la evidencia (interpretada con el significado de «realidad») de acuerdo con la teoría?
- ¿Tienen sentido los principios y conceptos de la teoría del desarrollo humano para las enfermeras cuando tratan a la gente en la vivencia del arte de la enfermería (práctica)?
- ¿La teoría del desarrollo humano ayuda a las enfermeras a estar con las personas de forma útil y que se distinga desde la perspectiva de la persona?
- ¿Es útil la teoría para los administradores y para los eruditos (investigadores)?
- ¿Amplían los hallazgos de la ciencia (investigación) el conocimiento y mejoran la base de la teoría?

Parece que la respuesta a estas preguntas es, claramente y de forma entusiasta, afirmativa. La teoría es útil porque ofrece un fundamento con cierto significado que resulta de utilidad para las enfermeras que quieren vivir ciertos valores en la práctica y la investigación (Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Mitchell, Jonas-Simpson e Ivonoffski, 2006).

Una enfermera que está aprendiendo la teoría puede plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Qué dice la teoría del desarrollo humano sobre la gente y

creo en estas ideas tal como están presentadas?
- ¿Me siento cómoda con las creencias básicas ligadas a la teoría del desarrollo humano?

Las respuestas a las preguntas del principio sobre la evidencia o la coherencia con la realidad llevan a menudo a la decisión de seguir con la tarea más difícil, que es estudiar la teoría. Cualquier compromiso para aprender más requiere cierta atracción por los valores básicos y por los supuestos subyacentes sobre universo humano, calidad de vida y el *ethos* del desarrollo humano (Parse, 2014). Estos valores reconocen que las personas tienen opiniones propias y singulares sobre la vida y su calidad de vida. Hablan de lo que significan las cosas en un nivel personal; valoran sus prioridades y persiguen aquello que les es de importancia; quieren tomar sus propias decisiones; y hablan sobre pensamientos y sentimientos paradójicos, diciendo «una cosa y su contraria». Finalmente, los profesionales de enfermería se preguntan «¿cómo, en mi opinión, cambian las personas? ¿Toman las personas las decisiones que las ayudan a avanzar en la dirección de sus esperanzas y de sus sueños?». La teoría del desarrollo humano explora estas preguntas.

Importancia

Parse considera la enfermería como una *ciencia humana* y, como tal, representa las creencias particulares que han existido durante más de 100 años. La teoría del desarrollo humano ha tomado las creencias de la ciencia humana al servicio del desarrollo del conocimiento de maneras nuevas e importantes. Las metodologías de la vivencia del arte de la enfermería desde el desarrollo humano y la ciencia han generado cambios en la asistencia y un sentido renovado del sentido profesional. Considere los siguientes ejemplos:

1. Un grupo de profesionales de enfermería de dos provincias canadienses evaluaron durante 24 meses los cuidados guiados por el desarrollo humano y estos profesionales, especializados en cuidados agudos, comunicaron que

habían mejorado su satisfacción y su sentido del deber cumplido en su trabajo (Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Mitchell, Bournes y Hollett, 2006).

2. Equipos de eruditos, profesionales, escritores artísticos, actores y consumidores del desarrollo humano produjeron un drama basado en la investigación llamado *I'm Still Here* sobre la vida con enfermedad de Alzheimer. El Murray Alzheimer Research and Education Program de la Universidad de Waterloo financió la producción de una versión en DVD del drama, así como una guía educativa compuesta por la teoría, la investigación y la práctica autorreflexiva del desarrollo humano (Mitchell, Jonas-Simpson e Ivonoffski, 2006). Cientos de profesionales sanitarios y familias de países de todo el planeta han comprado el DVD y una guía educativa. Los investigadores Mitchell, Dupuis y Jonas-Simpson realizaron una gira en la que representaron en directo *I'm Still Here* para completar un estudio longitudinal financiado por el Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) de Canadá; este estudio evaluó la traducción del conocimiento a través de la representación artística.
3. La obra de Jonas-Simpson sobre el sentimiento de las madres que perdieron a sus bebés comprende el desarrollo humano y los hallazgos presentados en Nueva York en una muestra interactiva de historias, poesía, fotografías y pinturas inspiradas por la investigación de la artista Ann Bayly para profesionales y madres invitadas a compartir sus historias en una revista. Más recientemente, se ha informado de la cocreación de dos vídeos: *Enduring Love: Transforming Loss* trata de cómo viven las madres y sus familias la pérdida de un bebé, y *Why Did Baby Die? Mothering Children Living With the Loss, Love and Continuing Presence of a Baby Sibling* se centra en los niños que sobreviven. Los dos vídeos están disponibles en http://bookstore.yorku.ca.
4. El modelo de instrucción del desarrollo humano (Parse, 2008b) fue utilizado en un estudio (Bournes y Plummer, 2011) que examinaba el impacto de un programa de mentorización con profesionales de enfermería

experimentados en cuidados críticos y otros profesionales de enfermería recién graduados interesados en seguir una carrera en cuidados críticos. Fue diseñado para abordar cuestiones importantes relacionadas con la contratación y retención de estos profesionales de enfermería en cuidados críticos, para mejorar la capacidad de mentorización de los profesionales experimentados en un hospital universitario, para evaluar un programa de mentorización para personal de enfermería y para extender el conocimiento sobre la eficacia y la posibilidad de generalizar el modelo de desarrollo humano 80/20 (Bournes y Ferguson-Paré, 2007). En el programa tomaron parte 11 profesionales de enfermería experimentados en cuidados críticos y 13 recién graduados. Invirtieron el 80% de su tiempo en cuidados directos a los pacientes y el 20% en desarrollo profesional, con un enfoque en el aprendizaje sobre la práctica y la mentorización en enfermería orientada por el desarrollo humano y un trabajo en colaboración en parejas de mentorización. Los profesionales experimentados en cuidados críticos también participaron en talleres independientes de desarrollo de mentores en desarrollo humano a lo largo del estudio. Los hallazgos mostraron un aumento general en la satisfacción de los profesionales de cuidados críticos revelado en los resultados de encuestas seriadas de opinión entre empleados. El tiempo de baja por enfermedad, las horas extraordinarias y los turnos tendieron a la baja entre el grupo de participantes, en comparación con el de no participantes. Los participantes en el grupo de mentores mostraron cambios en el modo en que describían la importancia de la experiencia de mentorización. Los participantes como mentores, aunque a veces se quejaban de tener que aprenderse la teoría, valoraban la oportunidad renovadora y satisfactoria del tiempo pasado con sus pupilos. Hablaron de respeto de los sentimientos, apoyo a los sentimientos y desafíos en su aprendizaje para apreciar la importancia de la enfermería desde un nuevo enfoque. También describieron haber vivido relaciones más profundas y cercanas que las previstas antes del estudio.

Hablaron sobre respeto y preocupación por los demás y de la importancia de escuchar y de no juzgar a los otros. Indicaron que se sentían más satisfechos en sus roles, comprendían el modo en que el desarrollo humano puede guiar sus relaciones con sus compañeros y con los pacientes y sus familiares, que sentían haber renovado su compromiso con la enfermería y que aprendían de sus compañeros más jóvenes. Los principiantes también cambiaron en el modo de describir la importancia de la experiencia de la mentorización. Valoraron la orientación y el asesoramiento sobre el trabajo y las competencias que habían previsto que adquirirían con la experiencia de la mentorización, pero también compartían que esta experiencia los había inspirado y ayudado a imaginar numerosas posibilidades profesionales para su futuro en la enfermería. Describieron asimismo su respeto por las opiniones de los demás, su tendencia a juzgar menos y a ser más comprensivos, a escuchar con más atención lo que decían los demás y a entablar nuevas amistades. Hablaron de su adquisición de nuevas perspectivas sobre las personas y la enfermería, y dijeron que se sentían más completos, que se comprendían con más claridad a sí mismos y sus objetivos profesionales. También valoraban tener una visión más general en relación con mejorar la comprensión de la diversidad de funciones en enfermería y de los diversos centros de prácticas representados por los participantes en el estudio.

5. Los modelos de liderazgo-seguimiento y enseñanza-aprendizaje se utilizan en Ginebra, Suiza, en centros de atención sanitaria y comunitarios para familias de personas que viven con cáncer.
6. El paradigma del desarrollo humano, incluidos la teoría y el modelo de dignidad humana del desarrollo humano (Parse, 2014), ha sido empleado por el South Dakota Board of Nursing, Sioux Falls, Dakota del Sur, para guiar el modelo regulador-decisorio para la protección del público.

Existen indicadores convincentes de que la teoría del desarrollo humano es una guía que encaja con los profesionales que quieren

crear una asociación respetuosa con gente que necesita cuidados con calidad de vida. Hace tres décadas, Phillips (1987) insinuó que la labor de Parse transformaría la base del conocimiento y la práctica enfermera a una perspectiva unitaria. De hecho, la teoría del desarrollo humano está transformando a los profesionales que viven el arte de la enfermería en muchos ámbitos, y las evaluaciones son positivas (Bournes, 2002b; Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Bournes et al., 2011; Jonas, 1995; Legault y Ferguson-Paré, 1999). La teoría del desarrollo humano dirige su atención a los significados de la calidad de vida de las personas y a sus deseos, necesidades, preocupaciones y preferencias en relación con la información y el cuidado. El futuro del cuidado de salud está basado en el desarrollo de las teorías y las prácticas que honran y respetan a la gente como expertos en sus propias vidas. Como mínimo cinco de los grandes hospitales universitarios de Canadá apoyan los programas piloto y han aplicado estándares de práctica enfermera explícitamente informados por la teoría del desarrollo humano. La University Health Network, el hospital universitario más grande adscrito a la Universidad de Toronto, financia el 20% del tiempo de las enfermeras para participar en sesiones de educación-aprendizaje basadas en el desarrollo humano. Un estudio piloto de 2 años evaluó los cambios cuando una unidad quirúrgica utilizaba el cuidado centrado en el paciente del desarrollo humano (Bournes y Ferguson-Paré, 2007). Este estudio se reprodujo en una unidad de cardiociencias en el Regina General Hospital en Saskatchewan, en Canadá (Bournes et al., 2009), y en otras dos unidades de la University Health Network en Toronto, Canadá, con resultados similares (Bournes y Ferguson-Paré, 2007).

Resumen

El trabajo con el paradigma del desarrollo humano sigue evolucionando a medida que lo hace la propia teoría. En 1998 tuvo lugar un importante desarrollo cuando Parse amplió la escuela de pensamiento del desarrollo humano e introdujo el texto *Community: A Humanbecoming Perspective* (2003), que ofrece nuevos conceptos sobre el cambio en la comunidad. Puede encontrarse una descripción más extensa del modelo comunitario en el artículo de Parse (2012b) «New Humanbecoming Conceptualizations and the

Humanbecoming Community Model: Expansions With Sciencing and Living the Art». Dentro del desarrollo humano, Parse ha creado modelos de enseñanza-aprendizaje (Parse, 2004), mentorización (Parse, 2008b), liderazgo-seguimiento (Parse, 2008a, 2011a) y familiares (Parse, 2009a) que se están utilizando en la investigación, el liderazgo, la práctica y la formación (Bournes, 2013; Condon, 2010b; 2011; Florczak, Falkenstern y Baumann, 2010; Kim, Lee y Baumann, 2011; Maillard-Struby, 2012; Milton, 2010a, 2010b, 2011, 2012a; Morrow, 2012a). De forma más reciente, la publicación de *The Humanbecoming Paradigm: A Transformational Worldview* (2014) ha permitido conocer muchos de los cambios actuales en el paradigma y la teoría de Parse y los modelos relacionados. La ciencia continuada amplía la comprensión y muestra nuevas relaciones entre conceptos teóricos. A medida que las escuelas de enfermería introducen y enseñan el paradigma del desarrollo humano, más enfermeras examinan la teoría en su práctica. Aprender la teoría requiere el estudio formal, una contemplación tranquila y una síntesis creativa. A medida que más enfermeras utilizan la teoría en la vivencia del arte, en la ciencia y en la dirección, su diálogo erudito hace avanzar la disciplina enfermera.

La teoría del desarrollo humano continúa como una teoría para el futuro. A medida que las enfermeras cuestionan cómo se relacionan con los demás y se cuestionan la base de conocimientos de su disciplina, la teoría del desarrollo humano proporciona una perspectiva y un campo de posibilidades para cambiar y crecer. Los administradores que participan con enfermeras siguen clarificando no solo lo que esperan de los profesionales, sino también cómo quieren que estos trabajen con ellos. El enfoque mecanicista sigue perdiendo atractivo para los profesionales de atención sanitaria, cuya misión es relacionar a las personas como seres humanos con la esperanza y la desesperanza, la alegría y la tristeza, la vida y la muerte. Esta teoría ofrece un enfoque de desarrollo humano para los profesionales de enfermería, más aún conforme evoluciona la humanidad.

Caso clínico

La señora Brown, una mujer de 48 años, convive con el diagnóstico

de un cáncer de mama. Acaba de ingresar en la clínica oncológica para su tercera sesión de quimioterapia. Cuando se le pregunta cómo se siente, la señora Brown empieza diciendo lo cansada que está y la carga que representa ocultarle el diagnóstico a su hija. La señora Brown lo mantiene en secreto por miedo a la reacción que esta podría tener. Dice que en este momento apenas retiene las cosas y que no puede hacer más. También está preocupada por la quimioterapia y lo que puede esperar, dado que los efectos secundarios son cada vez más intensos. Tenga en cuenta a la señora Brown en las actividades de pensamiento crítico que se muestran a continuación.

Actividades de pensamiento crítico

1. Piense sobre la vivencia del arte de enfermería de Parse (2014), iluminando el significado (explicación), modificando los ritmos (colaboración) e inspirando transcendencia (acompañamiento). Las enfermeras viven la presencia real con las personas, y esto significa centrarse y prepararse para soportar ser testimonio de la realidad de la señora Brown. Para invitar a la señora Brown a hablar, inicialmente la enfermera puede pedirle que hable más sobre su situación. En el ritmo del habla, la señora Brown puede hacer pausas, dándole oportunidad a la enfermera de plantear cuestiones que ayuden a la señora Brown a explorar cómo se siente. La enfermera puede preguntar: «¿Cuál es la carga? ¿Qué significa? ¿Qué piensa que pasará si su hija se preocupa?». Pensar sobre el tema y dibujar un evento anticipado es, según Parse (1990, 1998), una oportunidad para enumerar y clarificar cómo mostrar mejor las consecuencias anticipadas. De esta forma se ayuda a la persona a tomar decisiones sobre cómo seguir o cambiar la situación.
2. Articular los juicios recogidos en la teoría del desarrollo humano. La enfermera se abstiene de resumir, comparar, juzgar o etiquetar a la señora Brown a medida que lucha con las posibilidades y las opciones de su situación. El respeto incondicional recogido en la teoría del desarrollo humano es un gran reto. Puede ser mucho más fácil dar consejos o

intentar enseñar, pero lo que se pide es que la enfermera sea testigo de las propias prioridades de valores personales de cada persona. ¿Qué le podría decir a la Sra. Brown para ayudarla a explorar sus posibilidades?

3. ¿Dónde se encuentra la experiencia para las enfermeras guiadas por la teoría del desarrollo humano? La enfermera guiada por la teoría de desarrollo humano cree que la señora Brown conoce la mejor manera de proceder –posiblemente la enfermera no puede conocer la forma para otra persona–. La señora Brown dice que no puede hacer mucho más en su vida y que está sobrecargada por el secreto. El conflicto está en luchar y escoger una forma de avanzar. La madre conoce a su hija y ella también sabe cómo se vuelca en su vida. La presencia real de la enfermera y las preguntas guiadas por la teoría pueden ayudar a la señora Brown a comprender cómo manifestar sus prioridades de valores en este momento. La enfermera también sabe que las prioridades de valores de la señora Brown pueden cambiar en cualquier momento, conduciéndola a un curso de acción distinto. La enfermera puede ser experta en otras áreas, basándose en su conocimiento y experiencia, y confiar en que las personas buscarán información cuando estén preparadas.
4. La señora Brown habló sobre sentirse cansada. La enfermera podría explorar esto más a fondo: ¿cómo se refleja el cansancio? ¿Cómo podría encontrar ayuda la señora Brown? ¿Qué le gustaría hacer respecto a ello? Hasta que estas cosas no se conozcan, la enfermera no puede saber cómo proceder. La enfermera puede descubrir sugerencias útiles que ofrecer. La enfermera guiada por el desarrollo humano proporciona información a medida que la gente indica su disposición para oírla. La enfermera cree que dar información o sugerencias a medida que la persona las busca en el flujo del diálogo y escuchándola es la forma más respetuosa y significativa de enseñar.
5. Especifique tres beneficios para la humanidad cuando la enfermera sigue la teoría del desarrollo humano. Vivir el arte de la presencia verdadera en desarrollo humano se corresponde con lo que las personas dicen que querrían

encontrar en los profesionales sanitarios. Las personas han indicado en numerosos informes y publicaciones que quieren ser escuchadas, respetadas, implicarse en su cuidado y proveerse de información significativa cuando la quieran y la necesiten. La gente no quiere ser juzgada o etiquetada por sus elecciones o formas de vida. Las personas quieren ser creídas, comprendidas y respetadas. La teoría del desarrollo humano proporciona una guía para las enfermeras que quieren vivir el arte de la enfermería como quieren los clientes. Se ha demostrado que las enfermeras guiadas por la perspectiva del desarrollo humano están más alerta, más inclinadas a actuar sobre las preocupaciones del cliente y es más probable que se impliquen en los clientes y las familias a su cuidado (Mitchell y Bournes, 1998; Parse, 2011c).

Referencias para ampliar conocimientos

- Discovery International, en www.discoveryinternationalonline.com.
- International Consortium of Parse Scholars. *Humanbecoming,* en www.humanbecoming.org.
- Parse, R. R. (2004). A human becoming teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly, 17,* 33–35.
- Parse, R. R. (2007). Hope in "Rita Hayworth and Shawshank Redemption": A human becoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly, 20,* 148–154.
- Parse, R. R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20, 308–311.
- Parse, R. R. (2008). The humanbecoming leading-following model. *Nursing Science Quarterly, 21,* 369–375.
- Parse, R. R. (2008). The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly, 21,* 195–198.
- Parse, R. R. (2008). Truth for the moment: Personal testimony as evidence. *Nursing Science Quarterly, 21,* 45–48.
- Parse, R. R. (2009). The humanbecoming family model. *Nursing Science Quarterly, 22,* 305–309.

- Parse, R. R. (2010). Human dignity: A humanbecoming ethical phenomenon. *Nursing Science Quarterly, 23,* 257–262.
- Parse, R. R. (2011). Humanbecoming leading-following: The meaning of holding up the mirror. *Nursing Science Quarterly, 24,* 169–171.
- Parse, R. R. (2011). What people want from professional nurses. *Nursing Science Quarterly, 24,* 93.
- Parse, R. R. (2012). New humanbecoming conceptualizations and the humanbecoming community model: Expansions with sciencing and living the art. *Nursing Science Quarterly, 25,* 44–52.
- Parse, R. R. (2014). *The humanbecoming paradigm: A transformational worldview.* Discovery International Publication: Pittsburgh, PA.
- *Parse,* R. R. (2016). Humanbecoming hermeneutic sciencing: Reverence, awe, betrayal, and shame in the lives of others. *Nursing Science Quarterly, 29,* 128–135.
- *Rosemarie Parse, Theory of Humanbecoming. (1990). Nurse Theorists: Portraits of Excellence,* vol. I (vídeo). Disponible en https://www.fitne.net/nurse_theorists1.jsp.

Bibliografía

Basho. *Haiku harvest*. White Plains, NY: Peter Pauper Press; 1962: (Original work published 1644-1694).

Baumann SL. Wisdom, compassion, and courage in the Wizard of Oz: A humanbecoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:322–329.

Baumann SL. Educating international students. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:97–98.

Baumann SL. A humanbecoming program of research. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:17–19.

Baumann SL. The living experience of difficulty telling the truth: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*. 2016;28:49–56.

Benedict LL, Bunkers SS, Damgaard GA, Duffy CE, Hohman ML, Vander Woude DL. The South Dakota board of nursing theory–based regulatory decisioning model. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13:167–171.

Bournes D. A commitment to honoring people's choices. *Nursing Science*

Quarterly. 2000;13:18–23.

Bournes DA. Research evaluating human becoming in practice. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:190–195.

Bournes DA. Rosemarie Rizzo Parse over the years. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:305.

Bournes DA. Cultivating a spirit of inquiry using the humanbecoming leading-following model: The nursing research challenge. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26:182–188.

Bournes DA, Ferguson-Paré M. Human becoming and 80/20: An innovative professional development model for nurses. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:237–253.

Bournes, D.A., Ferguson-Paré, M., Plummer, C., & Kyle, C. (2009, February). Innovations in nurse retention and professional development: The 80/20 humanbecoming patient-centered care model in Regina, Saskatchewan. Paper presented at the 2009 National Nursing Leadership Conference, Toronto, Ontario.

Bournes DA, Flint F. Mis-takes: Mistakes in the nurse-person process. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16:127–130.

Bournes DA, Milton CL. Nurses' experiences of feeling respected–not respected. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:47–56.

Bournes DA, Naef R. Human becoming practice around the globe: Exploring the art of living true presence. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:109–115.

Bournes, D.A., & Plummer, C. (2011). *Critical care mentoring study: Testing a program to enhance recruitment and retention of nurses*. Final report submitted to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (Grant no. 06505). Toronto, Ontario.

Bournes et al., Bournes, D.A., Plummer, C., Hollett, J., & Sherman, D. (2011, March). *Critical care mentoring study: Testing a program to enhance recruitment and retention of nurses*. Abstract submitted for paper presentation at the Nursing Leadership Network of Ontario Conference, "Setting the Bar for a High Performing Healthcare System." Toronto, Ontario.

Bunkers SS. Fostering the creative spirit in teaching-learning. *Nursing Science Quarterly*. 2009;21:323–325.

Bunkers SS. A focus on human flourishing. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:290–295.

Bunkers SS. The lived experience of feeling sad. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:231–239.

Bunkers SS. The power and possibility in listening. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:22–27.

Bunkers SS. What is not yet: Cultivating the imagination. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:324–328.

Bunkers SS. The lived experience of feeling disappointed: A Parse research method study. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:53–61.

Bunkers SS. Presence: The eye of the needle. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:10–14.

Bunkers SS. I am community. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29(2):103–107.

Cody WK. The lived experience of grieving for families living with AIDS: Family-centered research using Parse's method. In: Parse RR, ed. *Illuminations: The humanbecoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing; 1995:197–242.

Cody WK. The meaning of grieving for families living with AIDS. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8:104–114.

Cody WK. Of life immense in passion, pulse, and power: Dialoguing with Whitman and Parse. A hermeneutic study. In: Parse RR, ed. *Illuminations: The humanbecoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing; 1995:269–308.

Cody WK. The lived experience of grieving for persons living with HIV who have used injection drugs. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2000;11:82–92.

Cody WK. A brave and startling truth: Parse's humanbecoming school of thought in the context of the contemporary nursing discipline. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:7–9.

Cody WK, Mitchell GJ. Nursing knowledge and human science revisited: Practical and political considerations. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:4–13.

Condon BB. Artistic expression in teaching-learning. *Nursing Science Quarterly*. 2009;21:326–331.

Condon BB. The lived experience of feeling misunderstood. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:138–147.

Condon BB. A story of family. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:210–214.

Condon BB. Understanding-misunderstanding: A philosophical and theoretical exploration. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:306–314.

Condon BB. Hidden treasures in co-shaping community environment. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:112–117.

Condon BB. Celebrating now in teaching-learning. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:28–33.

Condon BB. Thinking unleashed. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:225–230.

Condon BB, Hegge M. Human dignity: A cornerstone of doctoral education

in nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:209–214.

Crane, J., Josephson, D., & Letcher, D. (1999, Nov.). *The human becoming health action model in community*. Paper presented at The Seventh Annual International Colloquium on Human Becoming, Loyola University, Chicago.

Damgaard G, Bunkers SS. Nursing science-guided practice and education: A state board of nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11:142–144.

Damgaard G, Bunkers SS. Revisited: The South Dakota Board of Nursing theory-based regulatory decisioning model. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:211–216.

Delis PC. Illumination of Parse's theory of humanbecoming: Modern literature as situation study. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:144–146.

Doucet TJ. Feeling strong: A Parse research method study. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:62–71.

Doucet TJ. A humanbecoming program of research: Having faith. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:20–24.

Doucet T, Bournes DA. Review of research related to Parse's theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:16–32.

Florczak KL. The persistent yet everchanging nature of grieving a loss. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:7–11.

Florczak KL. Gathering information on spirituality: From whose perspective? *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:201–205.

Florczak KL. Stories and programs of research: Revelations about humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:15–16.

Florczak K, Falkenstern SK, Baumann SL. A glimmer into the understanding of family. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:105–112.

Hayden SJ. Disaster care through a human becoming lens. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:125–128.

Hegge MJ. Humanbecoming and practice: Fairness-unfairness. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:141–143.

Jasovsky DA, Morrow MR, Clementi PS, Hindle PA. Theories in action and how nursing practice changed. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:29–38.

Jonas CM. Evaluation of the human becoming theory in family practice. In: Parse RR, ed. *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing; 1995:347–366.

Jonas-Simpson C. Awakening to space consciousness and timeless transcendent presence. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:195–200.

Kim HK, Lee OJ, Baumann SL. Nursing practice with families without a country. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:273–278.

Legault F, Ferguson-Paré M. Advancing nursing practice: An evaluation study of Parse's theory of human becoming. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 1999;12(1):30–35.

Letcher DC, Yancey NR. Witnessing change with aspiring nurses: A human becoming teaching-learning process in nursing education. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17:36–41.

MacDonald CA, Jonas-Simpson CM. Living with changing expectations for women with high risk pregnancies. *Nursing Science Quarterly*. 2009;21:74–82.

Maillard-Struby F. Feeling unsure: A lived experience of humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:72–81.

Milton CL. A graduate curriculum guided by human becoming: Journeying with the possible. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16:214–218.

Milton CL. Doing the right thing with families during critical life events. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:113–116.

Milton CL. Failing to do the right thing: Nurse practice and the family experience. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:206–208.

Milton CL. Reading between the lines: A leading-following phenomenon. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:321–323.

Milton CL. Acting faithfully in community. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:25–27.

Milton CL. Teaching-learning in community: The metaphor of nurse as guest. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:137–139.

Mitchell GJ. An emerging framework for human becoming criticism. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17:103–109.

Mitchell GJ, Bernardo A, Bournes D. Nursing guided by Parse's theory: Patient views at Sunnybrook. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10:55–56.

Mitchell GJ, Bournes DA. *Finding the way: A video guide to patient focused care (Videotape)*. Toronto, Ontario, Canada: Sunnybrook & Women's Health Science Centre; 1998.

Mitchell GJ, Bournes DA. Nurse as patient advocate? In search of straight thinking. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13:204–209.

Mitchell GJ, Bournes DA, Hollett J. Human becoming-guided patient centered care: New perspectives transform nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:218–224.

Mitchell GJ, Cody WK. Nursing knowledge and human science: Ontological and epistemological considerations. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5:54–61.

Mitchell GJ, Jonas-Simpson C, Ivonoffski V. Research-based theatre: The making of I'm Still Here. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:198–206.

Morrow MR. Feeling unsure: A universal lived experience. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:315–325.

Morrow MR. Fairness and justice in leading-following: Opportunities to foster integrity in the first 100 days. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:188–193.

Morrow MR. Reviews of books written by Rosemarie Rizzo Parse. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:114–118.

Naef R, Bournes DA. The lived experience of waiting: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:141–153.

Nelligan P, Grinspun D, Jonas-Simpson C, McConnell H, Peter E, Pilkington B. Client centered care: Making the ideal real. *Hospital Quarterly*. 2002;5(4):70–76.

Norris JR. One-to-one teleapprenticeship as a means for nurses teaching and learning Parse's theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:143–149.

Northrup DT, Cody WK. Evaluation of the human becoming theory in practice in an acute care psychiatric setting. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11:23–30.

Oaks G, Drummond S. Envisioning human dignity to enhance practice while journeying with Rwandan women: Student nurses teaching-learning Parse's theory of humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:229–232.

Parse RR. *Nursing fundamentals*. Flushing, NY: Medical Examination; 1974.

Parse RR. *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley; 1981.

Parse RR. *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders; 1987.

Parse RR. Essentials for practicing the art of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1989;2:111.

Parse RR. Health: A personal commitment. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3:136–140.

Parse RR. Growing the discipline of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4:139.

Parse RR. Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5:35–42.

Parse RR. Scholarly dialogue: Theory guides research and practice. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6:12.

Parse RR, ed. *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing; 1995.

Parse RR. The human becoming theory: Challenges in practice and research. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9:55–60.

Parse RR. *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.

Parse RR. *Hope: An international human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 1999.

Parse RR. Nursing: The discipline and the profession. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12:275.

Parse RR. Into the new millennium. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13:3.

Parse RR. The lived experience of contentment: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14:330–338.

Parse RR. *Qualitative inquiry: The path of sciencing*. Boston: Jones & Bartlett; 2001.

Parse RR. *Community: A human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2003.

Parse RR. A human becoming teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17:33–35.

Parse RR. The human becoming modes of inquiry: Emerging sciencing. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:297–300.

Parse RR. Feeling respected: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:51–56.

Parse RR. Hope in "Rita Hayworth and Shawshank Redemption": A human becoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:148–154.

Parse RR. The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:308–311.

Parse RR. The humanbecoming leading-following model. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:369–375.

Parse RR. The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:5.

Parse RR. Is there a tipping point for congruence in nursing knowledge? *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:193.

Parse RR. Nursing knowledge development: Who's to say how? *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:101.

Parse RR. Truth for the moment: Personal testimony as evidence. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:45–48.

Parse RR. The humanbecoming family model. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:305–309.

Parse RR. Knowledge development and programs of research. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:5–6.

Parse RR. Mixed methods or mixed meanings in research? *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:101.

Parse RR. Human dignity: A humanbecoming ethical phenomenon. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:257–262.

Parse RR. Humanbecoming leading-following: The meaning of holding up the mirror. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:169–171.

Parse RR. The humanbecoming modes of inquiry: Refinements. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:11–15.

Parse RR. What people want from professional nurses. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:93.

Parse, R.R. (2012a, June). The humanbecoming school of thought. Paper presented at the Institute of Humanbecoming, Pittsburgh, PA.

Parse RR. New humanbecoming conceptualizations and the humanbecoming community model: Expansions with sciencing and living the art. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:44–52.

Parse RR. Living quality: A humanbecoming phenomenon. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26:111–115.

Parse RR. *The humanbecoming paradigm: A transformational worldview*. Pittsburgh: Discovery International; 2014.

Parse RR. Humanbecoming hermeneutic sciencing: Reverence, awe, betrayal, and shame in The Lives of Others. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29:128–135.

Parse RR. Parsesciencing. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29(4):271–274.

Peterson-Lund R. The beauty of the moment: Lakota and humanbecoming perspective of time. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:386–390.

Peterson-Lund R. Living on the edge: Frontier voices. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:90–96.

Phillips JR. A critique of Parse's man-living-health theory. In: Parse RR, ed. *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders; 1987:181–204.

Pickrell KD, Lee RE, Schumacher LP, Twigg P. Rosemarie Rizzo Parse: Human becoming. In: Tomey AM, Alligood MR, eds. *Nursing theorists and their work*. 4th ed St Louis: Mosby; 1998:463–481.

Pilkington FB. The lived experience of grieving the loss of an important other. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6:130–139.

Pilkington FB. Expanding nursing perspectives on loss and grieving. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:6–7.

Registered Nurses Association of Ontario *Client centered care: Nursing best practice guideline*. Toronto, Ontario, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2002.

Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.

Rogers ME. Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5:27–34.

Smith SM. Humanbecoming: Not just a way of being. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:216–219.

Smith SM. The lived experience of doing the right thing: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:82–89.

Tanaka J, Katsuno T, Takahashi T. Using Parse's humanbecoming theory in Japan. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:99–102.

Ursel KL, Aquino-Russell CE. Illuminating person-centered care with Parse's teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:118–123.

Williamson GJ. The test of a nursing theory: A personal view. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13:124–128.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Parse RR. *Nursing fundamentals*. Flushing, NY: Medical Examination; 1974.

Parse RR. *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley; 1981.

Parse RR. *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders; 1987.

Parse RR, ed. *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing; 1995.

Parse RR. *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.

Parse RR. *Hope: An international human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 1999.

Parse RR. *Qualitative inquiry: The path of sciencing*. Boston: Jones & Bartlett; 2001.

Parse RR. *Community: A human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2003.

Parse RR. *The humanbecoming paradigm: A transformational worldview*. Pittsburgh, PA: Discovery International; 2014.

Parse RR, Coyne AB, Smith MJ. *Nursing research: Qualitative methods*. Bowie, MD: Brady; 1985.

Artículos de revistas

Parse RR. Advantages and disadvantages of associate degree nursing programs. *Journal of Nursing Education*. 1967;6(15):5–8.

Parse RR. Beginnings. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(1):1–2.

Parse RR. Creating traditions: The art of putting it together. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(2):45.

Parse RR. Scholarly dialogue: The fire of refinement. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(4):141.

Parse RR. The mainstream of science: Framing the issue. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(3):93.

Parse RR. Essentials for practicing the art of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1989;2(3):111.

Parse RR. Making more out of less. *Nursing Science Quarterly*. 1989;2(4):155.

Parse RR. Martha E: Rogers: A birthday celebration. *Nursing Science*

Quarterly. 1989;2(2):55.

Parse RR. Qualitative research: Publishing and funding. *Nursing Science Quarterly*. 1989;2(1):1–2.

Parse RR. A time for reflection and projection. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(4):143.

Parse RR. Health: A personal commitment. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(3):136–140.

Parse RR. Nursing theory–based practice: A challenge for the 90s. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(2):53.

Parse RR. Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(1):9–17.

Parse RR. Promotion and prevention: Two distinct cosmologies. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3(3):101.

Parse RR. Electronic publishing: Beyond browsing. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4(1):1.

Parse RR. Growing the discipline of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4(4):139.

Parse RR. Mysteries of health and healing: Two perspectives. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4(3):93.

Parse RR. Phenomenology and nursing. *Japanese Journal of Nursing*. 1991;17(2):261–269.

Parse RR. The right soil, the right stuff. *Nursing Science Quarterly*. 1991;4(2):47.

Parse RR. Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(1):35–42.

Parse RR. Moving beyond the barrier reef. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(3):97.

Parse RR. Nursing knowledge for the 21st century: An international commitment. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(1):8–12.

Parse RR. The performing art of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(4):147.

Parse RR. The unsung shapers of nursing science. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5(2):47.

Parse RR. Cartoons: Glimpsing paradoxical moments. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6(1):1.

Parse RR. Critical appraisal: Risking to challenge. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6(4):163.

Parse RR. Nursing and medicine: Two different disciplines. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6(3):109.

Parse RR. Plant now; reap later. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6(2):55.

Parse RR. Scholarly dialogue: Theory guides research and practice. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6(1):12.

Parse RR. The experience of laughter: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*. 1993;6(1):39–43.

Parse RR. Charley Potatoes or mashed potatoes? *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(3):97.

Parse RR. Laughing and health: A study using Parse's research method. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(2):55–64.

Parse RR. Martha E: Rogers: Her voice will not be silenced. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(2):47.

Parse RR. Quality of life: Sciencing and living the art of human becoming. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(1):16–21.

Parse RR. Scholarship: Three essential processes. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(4):143.

Parse RR. Again: What is nursing? *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(4):143.

Parse RR. Building the realm of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(2):51.

Parse RR. Commentary: Parse's theory of human becoming: An alternative to nursing practice for pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 1995;12(3):128.

Parse RR. Nursing theories and frameworks: The essence of advanced practice nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1995;8(1):1.

Parse RR. Building knowledge through qualitative research: The road less traveled. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(1):10–16.

Parse RR. Critical thinking: What is it? *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(3):138.

Parse RR. Hear ye, hear ye: Novice and seasoned authors! *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(1):1.

Parse RR. Nursing theories: An original path. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(2):85.

Parse RR. Quality of life for persons living with Alzheimer's disease: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(3):126–133.

Parse RR. Reality: A seamless symphony of becoming. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(4):181–183.

Parse RR. The human becoming theory: Challenges in practice and research. *Nursing Science Quarterly*. 1996;9(1):55–60.

Parse RR. Concept inventing: Unitary creations. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(2):63–64.

Parse RR. The human becoming theory: The was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):32–38.

Parse RR. Investing the legacy: Martha E: Rogers' voice will not be silenced. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. 1997;5(1):7–11.

Parse RR. Joy-sorrow: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(2):80–87.

Parse RR. Leadership: The essentials. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(3):109.

Parse RR. New beginnings in a quiet revolution. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):1.

Parse RR. Transforming research and practice with the human becoming theory. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(4):171–174.

Parse RR. The art of criticism. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(2):43.

Parse RR. Moving on. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(4):135.

Parse RR. Will nursing exist tomorrow? A reprise. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(1):1.

Parse RR. Authorship: Whose responsibility? *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(2):99.

Parse RR. Community: An alternative view. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(2):119–124.

Parse RR. Expanding the vision: Tilling the field of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12:3.

Parse RR. Integrity and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(3):187.

Parse RR. Nursing science: The transformation of practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30(6):1383–1387.

Parse RR. Nursing: The discipline and the profession. *Nursing Science Quarterly*. 1999;12(4):275.

Parse RR. Witnessing as true presence. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*. 1999;8(3):1.

Parse RR. Into the new millennium. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(1):3.

Parse RR. Language: Words reflect and co-create meaning. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(3):187.

Parse RR. Obfuscating: The persistent practice of misnaming. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(2):91–92.

Parse RR. Paradigms: A reprise. *Nursing Science Quarterly*. 2000;13(4):275–276.

Parse RR. Contributions to the discipline. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(1):5.

Parse RR. The lived experience of contentment: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14:330–338.

Parse RR. Nursing: Still in the shadow of medicine. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(3):181.

Parse RR. The universe is flat. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(2):93.

Parse RR. 15th anniversary celebration. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:3.

Parse RR. Aha! Ah! Haha! Discovery, wonder, laughter. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:273.

Parse RR. Mentoring moments. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:97.

Parse RR. Transforming healthcare with a unitary view of human. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:46–50.

Parse RR. Words, words, words: Meanings, meanings, meanings! *Nursing Science Quarterly*. 2002;15:183.

Parse RR. A call for dignity in nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16:193.

Parse RR. Research approaches: Likenesses and differences. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16:5.

Parse RR. Silos and schools of thought. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16:101.

Parse RR. The lived experience of feeling very tired: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16:319–325.

Parse RR. What constitutes nursing research? *Nursing Science Quarterly*. 2003;16:287.

Parse RR. Another look at vigilance. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*. 2004;13(2):1.

Parse RR. A human becoming teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17:33–35.

Parse RR. The many meanings of unitary: A plea for clarity. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17:293.

Parse RR. New directions. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17:5.

Parse RR. Person-centered care. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17:193.

Parse RR. Power in position. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17:101.

Parse RR. Quality of life: A human becoming perspective. *Japanese Journal of Nursing Research*. 2004;37(5):21–26.

Parse RR. The ubiquitous nature of unitary: Major change in human becoming language. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*. 2004;13(1):1.

Parse RR. Attentive reverence. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*. 2005;14(2):1.

Parse RR. Challenges for global nursing. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:285.

Parse RR. Choosing a doctoral program in nursing: What to consider. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:5.

Parse RR. A community of scholars. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:119.

Parse RR. The human becoming modes of inquiry: Emerging sciencing. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:297–300.

Parse RR. The meaning of freely choosing. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*. 2005;14(1):1–2.

Parse RR. Nursing and medicine: Continuing challenges. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:5.

Parse RR. Parse's criteria for evaluation of theory with a comparison of Parse and Fawcett. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:135–137.

Parse RR. Scientific standards: A renewed alert. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:97.

Parse RR. Symbols and meanings in academia. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18:197.

Parse RR. Concept inventing: Continuing clarification. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:289.

Parse RR. Feeling respected: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:51–57.

Parse RR. Nursing and medicine: Continuing challenges. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:5.

Parse RR. Outcomes: Saying what you mean. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:189.

Parse RR. Research findings evince benefits of nursing theory-guided practice. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19:87.

Parse RR. Building a research culture. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:197.

Parse RR. Data-based articles and duplicate publication. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:301.

Parse RR. Hope in "Rita Hayworth and Shawshank Redemption": A human becoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:148–154.

Parse RR. A human becoming perspective on quality of life. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:217.

Parse RR. The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:308.

Parse RR. Nursing knowledge and health policy. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:105.

Parse RR. Twenty years of commitment to nursing's uniqueness as a discipline. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20:5.

Parse RR. The humanbecoming leading-following model. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:369–375.

Parse RR. The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:195–198.

Parse RR. Is there a tipping point for congruence in nursing knowledge? *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:193.

Parse RR. Nursing knowledge development: Who's to say how? *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:101.

Parse RR. Proliferation of degrees in nursing: A call for clarity. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:5.

Parse RR. Truth for the moment: Personal testimony as evidence. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:45–48.

Parse RR. Time: The inevitable presence. *Nursing Science Quarterly*. 2008;21:281–282.

Parse RR. Knowledge development and programs of research. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:5–6.

Parse RR. Mixed methods or mixed meanings in research? *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:101.

Parse RR. Visionary leadership: Making a difference in healthcare through research. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:197–198.

Parse RR. What a difference a word makes. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:301.

Parse RR. The humanbecoming family model. *Nursing Science Quarterly*. 2009;22:305–309.

Parse RR. Human dignity: A humanbecoming ethical phenomenon. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:257–262.

Parse RR. Imagine! *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:97.

Parse RR. Nursing education: Issues reminiscent of the last century. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:273.

Parse RR. Respect! *Nursing Science Quarterly*. 2010;23:193.

Parse RR. Humanbecoming leading-following: The meaning of holding up the mirror. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:169–171.

Parse RR. The humanbecoming modes of inquiry: Refinements. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:11–15.

Parse RR. What people want from professional nurses. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24:93.

Parse RR. Impact factor—one-size-fits-all: What's wrong with this picture?

Nursing Science Quarterly. 2012;25:209–210.

Parse RR. New humanbecoming conceptualizations and the humanbecoming community model: Expansions with sciencing and living the art. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:44–52.

Parse RR. The things we make, make us. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:125.

Parse RR. The 25-year evolution of Nursing Science Quarterly: Keeping the dream alive. *Nursing Science Quarterly*. 2012;25:5–6.

Parse RR. Living quality: A humanbecoming phenomenon. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26:111–115.

Parse RR. Move over nurses: There's a new professional on the block. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26:301.

Parse RR. Research as evidence: The many meanings. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26:109.

Parse RR. "What we've got here is failure to communicate": The meaning of the term nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*. 2013;26:5–6.

Parse RR. Words: What do they really mean? *Nursing Science Quarterly*. 2013;26:209.

Parse RR. Evidence-based practice in nursing: Here or gone with the wind of disenchantment? *Nursing Science Quarterly*. 2014;27:189.

Parse RR. Integrity in publication. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27:95.

Parse RR. More on leadership: Ambiguity, integrity, wisdom. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27:5.

Parse RR. Research language: A call for consistency. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27:273.

Parse RR. Does one size fit all? *Nursing Science Quarterly*. 2015;28:261.

Parse RR. Interdisciplinary and interprofessional: What are the differences? *Nursing Science Quarterly*. 2015;28:5–6.

Parse RR. Nursing: A basic or applied science. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28:181–182.

Parse RR. Nursing science or is it the science of nursing? *Nursing Science Quarterly*. 2015;28:101–102.

Parse RR. Humanbecoming hermeneutic sciencing: Reverence, awe, betrayal, and shame in The Lives of Others. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29:128–135.

Parse RR. Parsesciencing: A basic science mode of inquiry. *Nursing Science Quarterly*. 2016:29.

Parse RR. Quality of life: A ubiquitous term. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29:185.

Parse RR. Scientific merit: Integrity in research. *Nursing Science Quarterly*. 2016;29:5.

Parse RR. Where have all the nursing theories gone? *Nursing Science Quarterly*. 2016;29:101–102.

Parse RR, Bournes DA, Barrett EAM, Malinski VM, Phillips JR. A better way: 10 things health professionals can do to move toward a more personal and meaningful system. *On Call: A Magazine for Nurses and Healthcare Professionals*. 1999;2(8):14–17.

Copyright de la fotografía 1998 por Jonas, Pittsburgh, PA.

25

Modelos y modelado de roles

Margaret E. Erickson[*]

«La aceptación incondicional de la persona como un humano en el proceso de ser y llegar a ser es básica en el paradigma de los modelos y el modelado de roles. Es un prerrequisito para facilitar el crecimiento holístico… La aceptación incondicional de la persona como ser humano que tiene una necesidad inherente de dignidad y respeto de los otros, y de conexión –este tipo de aceptación incondicional se basa en el amor incondicional–.»

(Erickson, 2006, pág. 343)

Helen C. Erickson
(1937-actualidad)

Evelyn M. Tomlin
(1929-actualidad)

Mary Ann P. Swain
(1941-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Helen C. Erickson

Helen C. Erickson recibió el diploma del Saginaw General Hospital, en Saginaw (Míchigan) en 1957. Entre sus titulaciones se incluyen un grado en Enfermería, en 1974; dos másteres, uno en Enfermería Psiquiátrica y otro en Enfermería Médico-Quirúrgica, en 1976, y un doctorado en Psicología Educativa en 1984, todos de la University of Michigan. Erickson empezó su experiencia profesional como directora de Enfermería en el servicio de urgencias del Midland

Community Hospital, en Midland (Texas). Después, trabajó en Mount Pleasant, como supervisora del turno de noche en el Michigan State Home for the Mentally Impaired and Handicapped. En 1960 se mudó con su marido a Puerto Rico, donde fue directora de los Servicios de Salud en la Inter-American University en San German (Puerto Rico), hasta 1964. Cuando regresó a EE. UU., trabajó como enfermera en el St. Joseph's Hospital y en los University of Michigan Hospitals en Ann Arbor (Míchigan). Más tarde, trabajó como consejera de Enfermería Psiquiátrica en el Pediatric Nurse Practitioner Program en la University of Michigan y en las unidades Adult Care en los University of Michigan Hospitals.

Su carrera académica empezó en la Escuela de Enfermería en la University of Michigan como profesora asociada en el RN Studies Program, donde ejerció posteriormente el cargo de presidenta del programa de licenciatura y de decana de los estudios de licenciatura. Erickson fue profesora asociada en la University of Michigan de 1978 a 1986. En 1986, Erickson abandonó Míchigan para dirigirse a la University of South Carolina College of Nursing. Al principio, trabajó como profesora asociada y ayudante del decano de los programas académicos; más tarde, ocupó el cargo de decana asociada de asuntos académicos. En 1988, trabajó como profesora de Enfermería, Chair of Adult Health y ayudante especial del decano en los programas de licenciatura en la Escuela de Enfermería de la University of Texas en Austin (Texas). Desde 1997 fue nombrada profesora emérita en la University of de Texas de Austin. Erickson ha mantenido una consulta de enfermería independiente desde 1976.

Erickson es miembro de la American Nurses Association, la American Nurses Foundation, el Charter Club, la American Holistic Nurses Association, la Texas Nurses Association, el Sigma Theta Tau y el Institute for the Advancement of Health. Ha sido presidenta de la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling de 1986 a 1990. Fue la presidenta del First National Symposium on Modeling and Role-Modeling en 1986 y trabajó en los consejos organizadores de muchas conferencias nacionales bianuales.

Erickson aparece en el *Who's Who Among University Students* y es

miembro de Phi Kappa Phi. Recibió los Premios Sigma Theta Tau Rho Chapter of Excellence in Nursing en 1980 y Amoco Foundation Good Teaching en 1982, y fue aceptada en Adara (una sociedad honoraria centrada en el liderazgo femenino de la University of Michigan de 1980 a 1986) en 1982. En 1990 recibió el Premio Faculty Teaching de la Escuela de Enfermería de la University of Texas, el Premio Founders de la Sigma Theta Tau International Honor Society in Nursing. También recibió el Premio Excellence in Education de la Epsilon Theta Chapter en 1993 y el Premio Graduate Faculty Teaching de la Escuela de Enfermería de la University of Texas, en 1995. Fue aceptada como miembro de la American Academy of Nursing en 1996. Recibió el Distinguished Faculty de la Humboldt State University of California en 2001. En 1997 se estableció en su honor el Helen Erickson Endowed Lectureship in Holistic Health Nursing en la University of Texas, en Austin. Este premio bienal distingue a las figuras relevantes en enfermería holística a escala internacional. Recibió el Premio a la Enfermera Holística del Año de la American Holistic Nurses Association en 2014 por sus destacados y constantes trabajos para el desarrollo de la enfermería holística.

Erickson ofrece consultas sobre investigación en la teoría de modelos y modelado de roles y presenta seminarios, conferencias, discursos de apertura, y artículos sobre la teoría a escala nacional e internacional. También asesora sobre la aplicación de la teoría en la práctica en el University of Michigan Medical Center, el Brigham and Women's Hospital de Boston, el Oregon Health Science University Hospital de Portland, la University Health Systems en San Antonio (Texas) y en los hospitales de la University of Pittsburgh, así como otras instituciones. En el entorno académico y las instituciones y agencias de servicios basadas en la práctica, ella tutoriza y apoya el uso de la teoría por parte de los miembros del claustro, las enfermeras de plantilla y el personal administrativo a nivel práctico y curricular. La Escuela de Enfermería de la Humboldt University de Arcata, California, fue la primera que usó la teoría del modelo y modelado de roles como base del currículo conceptual. La Metropolitan State University de St. Paul adoptó esta teoría para sus programas de enfermería. También la St. Catherine's College de St. Paul, Minnesota, y el Departamento de

Enfermería Joanne Gay Dishman de la Lamar University de Beaumont, Texas, adoptaron esta teoría para muchos de sus programas.

Erickson ha sido invitada a intervenir en numerosas conferencias nacionales e internacionales. Ha tomado parte en actividades de la American Holistic Nurses' Association, ha actuado como experta en contenidos para la homologación de planes de estudios y fue incluida en un libro que presentaba a las enfermeras como sanadoras (H. Erickson, comunicación personal, julio de 1992). Aunque se jubiló en la University of Texas en Austin, Erickson mantiene activamente su implicación en la promoción de la enfermería holística, al actuar como presidenta de la junta directiva de la American Holistic Nurses' Certification Corporation (AHNCC) de 2002 a 2012, renueva su compromiso e implicación en el trabajo de la AHNCC. Ofrece consultas, define programas formativos nacionales e internacionales y participa de forma activa en la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling (H. Erickson, comunicación personal, junio de 2000); también participa en el consejo directivo de la Milton H. Erickson Foundation.

Evelyn M. Tomlin

La formación en enfermería de Evelyn M. Tomlin se inició en el Sur de California. Estudió en el Pasadena City College, en la Escuela de Enfermería del Los Angeles County General Hospital y en la University of Southern California, donde obtuvo su licenciatura en Ciencia Enfermera. Cursó un máster en Enfermería Psiquiátrica en la University of Michigan en 1976.

Las experiencias profesionales de Tomlin son muy diversas; empezaron cuando ella era instructora clínica en la Escuela de Enfermería del Los Angeles County General Hospital. Más tarde vivió en Kabul (Afganistán), donde fue profesora de Inglés en el Afghan Institute of Technology. Trabajó como enfermera escolar y practicó la enfermería familiar en las comunidades americanas y europeas de expatriados a las que estaba asociada, una tarea que la obligó a participar en más de 46 partos domiciliarios con una comadrona. Tras la implantación de los servicios médicos del

hospital de la embajada de EE. UU., Tomlin trabajó como enfermera. Al regresar a EE. UU., trabajó para la Visiting Nurse Association (VNA) en Ann Arbor, en Míchigan. Fue la coordinadora e instructora clínica de los estudiantes que hacían prácticas de enfermería. También fue enfermera en una unidad de cuidados coronarios, trabajó en la unidad de cuidados intensivos respiratorios y fue responsable de enfermería del Servicio de Urgencias en el St. Joseph's Mercy Hospital en Ann Arbor. Más tarde enseñó los fundamentos de la enfermería como profesora asociada en el RN Studies Program en la University of Michigan. Compaginó la anterior actividad con la de asesora de salud mental en el Programa de Enfermería de Prácticas en Pediatría en la University of Michigan.

Tomlin estuvo entre las primeras 16 enfermeras de EE. UU. certificadas por la American Association of Critical Care Nurses. Con diversos compañeros, abrió una de las primeras oficinas para la práctica independiente de la enfermería en Míchigan y continuó con su práctica independiente hasta 1993. Es miembro del Sigma Theta Tau Rho Chapter, la California Scholarship Federation y la Philomatian Society. Tomlin presentó programas basados en la teoría de modelos y modelado de roles, con el acento en las aplicaciones clínicas. Fue la primera editora del boletín de la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling (Tomlin, *curriculum vitae,* 1992).

En 1985, Tomlin se trasladó a Big Rock, Illinois, donde disfrutó de la docencia en una pequeña comunidad y en grupos de enfermería y trabajó en un albergue comunitario para mujeres y niños de Fox Valley. Más tarde se instaló en Geneva, Illinois, localidad en la que reside junto a su esposo. Tomlin se define a sí misma como una mujer cristiana retirada de la enfermería como modo de ganarse la vida, pero no de la práctica de esta disciplina. Continúa interesada en la práctica de la oración sanadora, y afirma que siempre le ha atraído la interrelación entre la teoría de modelos y modelado de roles y los principios judeocristianos. En la actualidad está jubilada después de muchos años en las juntas directivas y como voluntaria en los Wayside Cross Ministries en Aurora, Illinois, donde ejercía la docencia y el asesoramiento a mujeres sin hogar, muchas de las cuales eran madres solteras.

Mary Ann P. Swain

El marco educativo de Mary Ann P. Swain es la psicología. Obtuvo su licenciatura en Psicología en la DePauw University, y los títulos de máster y de doctorado, en la University of Michigan, ambos en el campo de la psicología. Swain ha impartido cursos de Psicología, Métodos de Investigación y Estadística como profesora ayudante en la DePauw University y, más tarde, como profesora y profesora asociada de Psicología e Investigación Enfermera en la University of Michigan. En esta universidad llegó a ser directora del programa doctoral de Enfermería en 1975 durante 1 año, fue presidenta del Nursing Research de 1977 a 1982, y en 1983 Swain llegó a ser vicepresidenta asociada para los Academic Affairs.

Swain es miembro de la American Psychological Association y miembro asociado de la Michigan Nurses Association. Ha preparado e impartido clases de psicología, investigación y métodos de investigación enfermera y ha colaborado con investigadoras enfermeras en proyectos como la promoción de la salud entre los pacientes diabéticos y formas para influir en el cumplimiento del tratamiento entre los pacientes hipertensos. Ha trabajado con Erickson con el fin de desarrollar un modelo para valorar el potencial individual para movilizar recursos y adaptarse al estrés, que es fundamental para la teoría de los modelos y el modelado de roles.

Swain fue galardonada con los Premios Alpha Lambda Delta, Psi Chi, Mortar Board y Phi Beta Kappa mientras estaba en la DePauw University. En 1981 fue reconocida por la Rho Chapter de la Sigma Theta Tau por sus contribuciones a la enfermería, y en 1983 se convirtió en miembro honorario de la Sigma Theta Tau. En 1994 se trasladó a Appalachia, Nueva York, con su marido, y allí ejerció como presidenta y vicepresidenta de asuntos académicos para la Binghamton University durante casi 20 años. En la actualidad es directora del programa doctoral (doctorado en Enfermería) en la Decker School of Nursing y presidenta del Departamento de Asuntos Estudiantiles en la Binghamton University de Binghamton (Nueva York). Dirige sus intereses de investigación a la teoría de los modelos y el modelado de roles; al desarrollo de la salud en las diversas etapas de la vida; al autocuidado; el liderazgo y la dirección, y a las interrelaciones entre los elementos de estrés de la

vida, el desarrollo sano y la enfermedad.

Fuentes teóricas

La teoría y el paradigma de los modelos y el modelado de roles se desarrolló con un proceso retroductivo. El modelo original surgió de forma inductiva de las experiencias vitales personales y clínicas de Erickson. Los trabajos de Maslow, Erikson, Piaget, Engel, Selye y Milton H. Erickson fueron integrados y sintetizados en el modelo original para nombrar, articular y perfeccionar una teoría y un paradigma holísticos para la enfermería. H. Erickson (1976) señala que existen relaciones mente-espíritu-cuerpo con un potencial de recursos identificable que predice su capacidad para luchar contra los factores estresantes y el estrés resultante. También afirma que existe una relación entre el estado de las necesidades y los procesos de desarrollo, entre la satisfacción de las necesidades y el cariño por los objetos, entre la pérdida y la enfermedad, y entre la salud y la satisfacción de la necesidad. Tomlin y Swain validan y afirman el modelo de la práctica de Erickson y contribuyen a ampliar y articular los fenómenos, los conceptos y las relaciones teóricas.

Se utilizó la teoría de las necesidades humanas de Maslow para etiquetar y articular las observaciones personales de Erickson et al. de que «todos quieren sentirse de la mejor manera posible; las necesidades básicas no cubiertas interfieren en el crecimiento holístico, mientras que las necesidades cubiertas promueven el crecimiento» (M. Erickson, 1996a, 1996b, 2006; Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 56; Jensen, 1995). Erickson desarrolló aún más el modelo para afirmar que las necesidades básicas no cubiertas crean nuevas deficiencias que llevan a la iniciación o agravamiento del trastorno o de la enfermedad física o mental, mientras que la satisfacción de las necesidades crea disposiciones que ofrecen los recursos necesarios para controlar el estrés y promover la salud, el crecimiento y el desarrollo.

La teoría de Piaget del desarrollo cognitivo ofreció un marco para la comprensión del desarrollo del pensamiento y el trabajo de Erickson en el desarrollo psicosocial a lo largo de la vida ofreció una base teórica para la comprensión de la evolución psicosocial del individuo. Sus ocho etapas representan tareas de desarrollo. A

medida que un individuo va resolviendo cada una de estas tareas, va ganando fuerzas que contribuyen a su carácter y su salud. Además, como resultado de cada etapa, la gente desarrolla un sentido de valor propio y, por tanto, una proyección de sí mismos en el futuro. «La utilidad de la teoría de Erickson es la libertad que deberíamos tomarnos para observar aspectos de los problemas de la gente como tareas incumplidas. Esta perspectiva ofrece un deseo esperanzador para el futuro del individuo, ya que implica algo que aún está en progreso» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, págs. 62-63).

Las obras de Winnicott, Klein, Mahler y Bowlby sobre el vínculo de objetos se integraron para desarrollar y articular el concepto de individualización afiliada (IA). La teoría de relaciones entre objetos explica que un bebé, al principio, forma un vínculo con su cuidador tras repetidos contactos positivos. A medida que el niño va creciendo y empieza a moverse hacia un estado más independiente, se desarrolla en él un sentido de autonomía y el niño transfiere parte de este vínculo, generalmente a un objeto inanimado, como una manta por la que siente cariño o un osito de peluche. Más tarde, puede ser que el niño se sienta unido a su guante favorito de béisbol, a una muñeca o a una mascota, y posteriormente, durante su adolescencia, a objetos más abstractos, como un título universitario, el rol profesional o una relación. Erickson se basó en estos trabajos y propuso una relación teórica entre el apego a los objetos y la satisfacción de las necesidades; teorizó acerca de que cuando un objeto satisface repetidamente las necesidades básicas de un individuo tiene lugar un apego o conexión especial con ese objeto. A partir de la síntesis de estos vínculos teóricos y hallazgos de investigación se identificó y definió un nuevo concepto de IA como la «necesidad de ser dependiente de sistemas de apoyo al tiempo que se mantiene la independencia de los mismos» (Erickson et al., 1983, pág. 252) –que todas las personas tienen una necesidad inherente de estar conectadas con las personas que les importan al tiempo que se tiene un sentido de separación e individuación respecto de ellas– (H. Erickson, 2006, 2010; M. Erickson, 1996b; Erickson, Erickson y Jensen, 2006; Erickson, Tomlin y Swain, 1983). Desde el nacimiento hasta el último aliento de una persona, la IA y el apego a los objetos son esenciales para la satisfacción de las necesidades, el afrontamiento adaptativo y el crecimiento y el

desarrollo sanos. Además, las autoras afirman que «la pérdida del objeto da lugar a una deficiencia en las necesidades básicas» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 88). La pérdida es real, ya sea una amenaza o una percepción; puede ser una parte normal del proceso de desarrollo o puede ser situacional. La pérdida siempre da lugar a un duelo; el duelo normal se supera en el espacio aproximado de 1 año. Cuando se produce la pérdida y lo único disponible para cubrir las necesidades son objetos inadecuados o inapropiados, tiene lugar un duelo patológico. El duelo patológico interfiere en la capacidad del individuo de crecer y desarrollar su potencial máximo (M. Erickson, 2006; Erickson, Tomlin y Swain, 2002). La labor de Selye y Engel, como citan Erickson, Tomlin y Swain (1983), ofrece una base conceptual adicional para las propuestas en cuanto a la pérdida y la respuesta al estrés individual ante aquella pérdida o pérdidas. La teoría de Selye trata de las respuestas biofísicas del individuo al estrés, mientras que la obra de Engel explora las respuestas psicosociales de los factores estresantes.

La integración y la síntesis de estas teorías, con las observaciones clínicas de Erickson y sus experiencias vividas, llevó a la concepción del modelo de valoración del potencial de adaptación (MVPA). La esencia del MVPA es la capacidad del individuo para movilizar los recursos cuando se encuentran en confrontación con los factores estresantes, más que adaptarse a ellos. Erickson (1976) desarrolló este modelo por primera vez y después fue publicado por Erickson y Swain (1982).

Erickson menciona a Milton H. Erickson como el autor que influyó en su práctica clínica y le ofreció una inspiración y dirección para el desarrollo de su teoría. Al principio, M. Erickson se refirió a la formulación de la teoría de los modelos y el modelado de roles cuando le pidió a H. Erickson que «modelara el mundo del cliente, lo entendiera a su manera, y que modelara también el rol de la imagen que había dibujado el cliente, construyendo un mundo saludable para ellos» (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1984).

Principales conceptos y definiciones

Modelos

La acción de los **modelos** es el proceso que utiliza la enfermera a medida que va desarrollando la imagen y la comprensión del mundo del cliente –una imagen y una comprensión desarrolladas dentro del marco del cliente y desde la perspectiva del cliente–. El arte de los modelos es la creación de la imagen de una situación en un espejo desde la perspectiva del cliente. «La ciencia de los modelos es un anexo científico y un análisis de datos recogidos sobre el modelo del cliente» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 95). «Los modelos se dan a medida que la enfermera acepta y entiende a su cliente» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 96).

Modelado de roles

El arte del **modelado de roles** se produce cuando la enfermera planifica y ejecuta intervenciones exclusivas para su cliente. La ciencia del modelado de roles tiene lugar cuando la enfermera planifica intervenciones basándose en la teoría para la práctica de la enfermería. «El modelado de roles es la esencia de la atención. Exige una aceptación incondicional de la persona como es, al tiempo que se fomenta y facilita de forma suave el crecimiento y desarrollo al ritmo que dicha persona marque y dentro de su propio modelo» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 95). «El modelado de roles empieza en el instante en que la enfermera pasa de la fase de análisis del proceso de enfermería a la planificación de las intervenciones enfermeras» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 95).

Enfermería

«La **enfermería** es la ayuda holística a las personas en las actividades de autocuidado en relación con su salud. Este es un proceso interactivo e interpersonal que nutre las fuerzas del cliente para permitir el desarrollo, la liberación y la canalización de recursos para superar las circunstancias y el desarrollo de uno mismo. La meta es alcanzar la percepción de un estado de salud y satisfacción óptimos» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 49).

Atención

«La **atención** fusiona e integra los procesos cognitivos, fisiológicos y afectivos con la finalidad de ayudar a un cliente a conseguir una salud holística. Implica que la enfermera busca conocer y entender el modelo personal del mundo del cliente y apreciar su valor e importancia para el cliente desde su perspectiva» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, págs. 48-49).

Aceptación incondicional

«Aceptar al individuo como alguien único, de gran valor e importante –sin cabos que lo aten– es imprescindible si hay que ayudarlo a desarrollar su propio potencial. El uso de la empatía por parte de la enfermera ayuda a que el individuo sea consciente de que la enfermera lo acepta y lo respeta tal como es. La aceptación facilitará la movilización de los recursos necesarios a medida que este individuo se esfuerza por alcanzar un equilibrio de adaptación» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 49).

Persona

Las personas se parecen porque son seres holísticos, por su crecimiento y desarrollo durante toda la vida y por su necesidad de individualización afiliada (IA). Y son distintas porque tienen unos rasgos, una adaptación y un conocimiento de autocuidado que son intrínsecos (Erickson, Tomlin y Swain, 1983).

En qué se parecen las personas

Holismo

«Los seres humanos son personas holísticas que tienen múltiples subsistemas de interacción. Las bases inherentes alcanzan todos los subsistemas. Estas bases incluyen una construcción genética y un elemento espiritual. El cuerpo, la mente, la emoción y el espíritu son una unidad total y trabajan conjuntamente. Se afectan y se controlan unos a otros de forma interactiva. La interacción entre los múltiples subsistemas y las bases inherentes crean el **holismo:** el holismo implica que el todo es mayor que la suma de las partes» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, págs. 44-45).

Necesidades básicas

«Todos los seres humanos tienen necesidades básicas que se pueden satisfacer, aunque solo desde el marco del propio individuo» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 58). «Las necesidades básicas solo se satisfacen cuando el individuo percibe que se cubren» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 57).

Desarrollo a lo largo de la vida

El **desarrollo a lo largo de la vida** evoluciona a través de etapas psicológicas y cognitivas.

Etapas psicológicas

«Cada etapa representa una tarea de desarrollo o un encuentro decisivo que lleva a un punto de inflexión, una decisión momentánea entre actitudes básicas alternativas (p. ej., confianza frente a desconfianza o autonomía frente a vergüenza y duda). A medida que el individuo maduro negocia o resuelve cada crisis específica de la edad o tarea, va consiguiendo fuerzas y actitudes más firmes que contribuyen al carácter y la salud de la personalidad del individuo en su cultura» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 61).

Etapas cognitivas

«Tener en cuenta cómo se desarrolla el pensamiento, más que lo que pasa en el desarrollo psicosocial o afectivo. Piaget creía que el aprendizaje cognitivo se desarrolla de forma secuencial y en etapas. Identificó cuatro etapas distintas en este proceso: sensorial-motor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, págs. 63-64).

Individuación afiliada

«Las personas tienen una necesidad instintiva de IA. Necesitan ser capaces de ser dependientes de los sistemas de apoyo a la vez que, simultáneamente, mantienen una cierta independencia de ellos. Necesitan experimentar un sentido profundo de los estados de ser "yo" y de ser "nosotros" y, al mismo tiempo, percibir la libertad y la aceptación en ambos estados» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 47).

En qué se distinguen las personas

Cualidades inherentes

«Todas las personas nacen con un conjunto de genes que, hasta

cierto punto, van a determinar la apariencia, el crecimiento, el desarrollo y las respuestas a los acontecimientos de la vida. Claramente, tanto el factor genético como las características heredadas influyen en el crecimiento y el desarrollo. Pueden influir en la manera en que uno se percibe a sí mismo y a su propio mundo. Hacen que las personas sean distintas unas de otras, cada una única en cierto modo» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, págs. 74-75).

Adaptación

La **adaptación** tiene lugar cuando el individuo responde a factores estresantes externos o internos de una determinada manera influida por la salud o el crecimiento. La adaptación implica movilizar los recursos de superación internos y externos. Ningún subsistema está en peligro cuando tiene lugar una adaptación (Erickson, Tomlin y Swain, 2002).

La capacidad del individuo para movilizar los recursos se plasma en el modelo de valoración del potencial de adaptación (MVPA). «El MVPA identifica tres estados potenciales de superación: 1) inicio o excitación; 2) equilibrio (de adaptación e inadaptación), y 3) agotamiento. Cada uno de estos estados representa un potencial diferente para que la persona movilice los recursos de autocuidado… El movimiento entre unos estados y otros está influido por la capacidad de uno mismo de afrontamiento (con los factores estresantes que se van sucediendo) y por la presencia de nuevos factores estresantes» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, págs. 80-81).

Las enfermeras pueden utilizar este modelo para predecir el potencial de un individuo para movilizar los recursos de autocuidado como respuesta al estrés.

Relaciones cuerpo-mente-emoción-espíritu

«Todos somos seres biofísicos, psicosociales, que queremos desarrollar nuestro potencial, es decir, ser lo mejores que podamos» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 70). El impulso espiritual de las personas permea todos los subsistemas.

Autocuidado

El **autocuidado** implica el uso de conocimiento, recursos y acción.

Conocimiento de autocuidado
«Hasta un cierto nivel, un individuo sabe lo que le ha hecho caer enfermo, ha reducido su eficacia o ha interferido en su crecimiento. El individuo también sabe lo que podrá curarlo, lo que podrá optimizar su eficacia o cumplimiento (dadas las circunstancias) o podrá promover su crecimiento» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 48).

Recursos de autocuidado
Los recursos de autocuidado son «los recursos internos, así como los recursos adicionales, movilizados mediante la acción de autocuidado que le ayudan a recuperar, mantener y promover un nivel óptimo de salud holística» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, págs. 254-255).

Acción de autocuidado
La acción de autocuidado es «el desarrollo y la utilización del conocimiento de autocuidado y los recursos de autocuidado» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 254).

Uso de datos empíricos

Varios estudios han ofrecido datos iniciales acerca de las premisas y los vínculos teóricos que aparecen en el libro original de Erickson, Tomlin y Swain (1983), y que más tarde especificó Erickson (1990b). El MVPA (figs. 25.1 y 25.2) se ha comprobado como modelo de clasificación (Barnfather, 1987; Erickson, 1976) y 1) como predictor del estado de salud (Barnfather, 1990b); 2) de la duración del ingreso en el hospital (Erickson y Swain, 1982), y 3) para valorar el estado de las necesidades básicas (Barnfather, 1993). Los hallazgos ofrecieron datos iniciales para los tres estados propuestos para las poblaciones, una relación entre la salud y la capacidad de movilizar recursos y entre la capacidad de movilizar recursos y el estado de las necesidades. Benson (2003, 2006, 2011) ha estudiado la aplicación del MVPA a pequeños grupos.

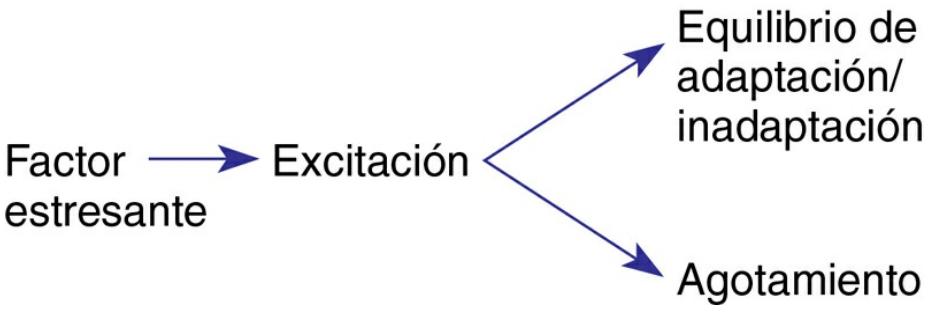


FIGURA 25.1 Modelo de valoración del potencial de adaptación. (Tomado de Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. [1983]. *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

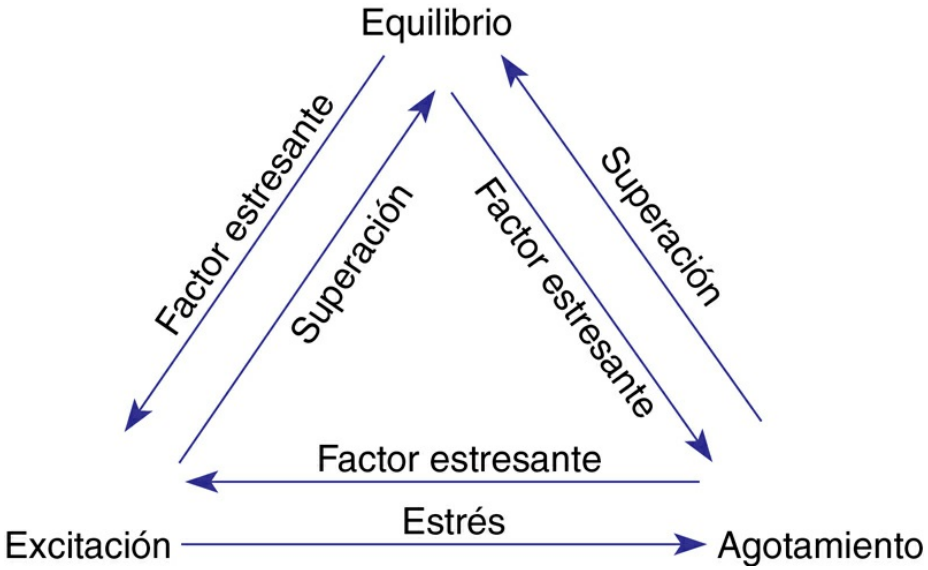


FIGURA 25.2 Relación dinámica entre los estados del modelo de valoración del potencial de adaptación. (Tomado de Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. [1983]. *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

Las relaciones entre el conocimiento del autocuidado, los recursos y las capacidades se han confirmado en diversos estudios (Acton, 1993; Baas, 1992; Goldstein, 2013; Irvin, 1993; Jensen, 1995; Miller, 1994). El constructo del conocimiento del autocuidado, que fue estudiado por Erickson (1990c) por primera vez, fue corroborado y asociado significativamente con el control percibido, la autonomía percibida (Hertz y Anschutz, 2002; Matsui y Capezuti, 2008) y la calidad de vida (Baas, Fontana y Bhat, 1997;

Goldstein, 2013). La autodirección, la necesidad de armonía (afiliación) y la necesidad de autonomía (individuación) aparecieron cuando se empezó a utilizar una escala multidimensional para explorar las relaciones entre el conocimiento del autocuidado, los recursos y las acciones. La autora concluyó que una actitud positiva era un factor clave en los casos en los que se evaluaban las acciones de autocuidado dirigidas a la salud (Rosenow, 1991). La actividad física en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio afectaba a su satisfacción vital (no a su estado físico); la satisfacción vital podía predecirse según la disponibilidad de los recursos de autocuidado y los recursos necesarios, y los recursos necesarios servían como supresores de los recursos disponibles (Baas, 1992). Bray (2005) encontró que la población adolescente que necesita satisfacción se asociaba al desarrollo de recursos internos y la capacidad de afrontar de forma adaptativa los factores de estrés relacionados con los retos de salud psicológicos y cognitivos. En una muestra de cuidadores, el apoyo social predecía el grado de estrés, y la autovaloración tuvo un efecto indirecto en la esperanza mediante la autovaloración de uno mismo (Irvin, 1993; Irvin y Acton, 1997), mientras que las personas con diabetes y bienestar espiritual llevaban mejor la enfermedad (Landis, 1991).

Cuando se utilizó la teoría de modelos y modelado de roles como pauta, se realizaron distintas entrevistas para determinar el modelo del cliente respecto al mundo y surgieron siete temas (Erickson, 1990a):

1. Causa del problema, que era exclusiva de cada individuo.
2. Factores relacionados, también exclusivos de cada individuo.
3. Esperanzas de cara al futuro.
4. Tipos de control percibido.
5. Afiliación.
6. Falta de afiliación.
7. Confianza en el cuidador.

Cada uno era exclusivo y garantizaba las intervenciones individualizadas. Otros estudios de investigación cualitativos sobre el conocimiento del autocuidado demostraron que los pacientes

gravemente enfermos percibían el seguimiento, el cuidado, la presencia, el tacto y los tonos de voz como reconfortantes (Kennedy, 1991); los adultos sanos buscaban la satisfacción de sus necesidades por parte de la enfermera en atención primaria (Boodley, 1986, 1990), y los pacientes de cuidados paliativos se beneficiaban de la empatía con la enfermera (Raudonis, 1991). Los estudios adicionales abordaron la experiencia de personas de 85 años de edad o más en el manejo de su salud (Beltz, 1999), las percepciones de esperanza en niños de enseñanza primaria (Baldwin, 1996), las experiencias y las percepciones de las madres que utilizan los servicios sanitarios infantiles en Sudáfrica (Jonker, 2012), el significado vivencial del bienestar y la experiencia vivida de las madres trabajadoras (Weber, 1995, 1999), el significado y los efectos del sufrimiento en personas con artritis reumatoide (Dildy, 1992), la relación entre experiencias de sufrimiento familiar prolongado y evolución de la identidad espiritual (Clayton, 2001), la calidad de vida de adultos mayores con incontinencia urinaria (Liang, 2008), los retos prácticos a la hora de atender a los obesos mórbidos (Pokorny et al., 2009), las necesidades no satisfechas de los pacientes esquizofrénicos (Perese y Wu, 2010), el fomento de los resultados óptimos en salud para los niños de padres encarcelados (Falk, 2013, 2014) y la relación ser humano-entorno cuando existe curación de una enfermedad episódica (Bowman, 1998).

Los métodos de casos clínicos han mostrado relaciones entre necesidades, apego y necesidades residuales del desarrollo (Kinney, 1990; Kinney y Erickson, 1990) y afrontamiento (Jensen, 1995), y desafíos en el tratamiento del trastorno facticio (Hagglund, 2009).

Los estudios revelaron relaciones entre falta de confianza y duración de la estancia en hospitalización de las personas; la habilitación percibida de autonomía, autocuidados y salud holística en adultos de edad avanzada (Anschutz, 2000; Hertz y Anschutz, 2002; Hertz, Rossetti y Nelson, 2005); la habilitación percibida de autonomía y recursos de autocuidados entre usuarios de centros para mayores (Matsui y Capezuti, 2008); la habilitación percibida de autonomía, autocuidados, apoyo, control y bienestar en adultos de edad avanzada (Chen, 1996); la habilitación percibida de autonomía y los factores sociodemográficos relacionados entre adultos mayores (Hwang y Lin, 2004); la pérdida, el duelo mórbido y el

inicio de los síntomas de enfermedad de Alzheimer (Erickson et al., 1994; Irvin y Acton, 1996); IA y conocimientos sobre los autocuidados en adultos en tratamiento crónico con warfarina (Goldstein, 2013) y la satisfacción de las necesidades básicas y las conductas de autocuidados y promoción de la salud en adultos (Acton y Malathum, 2000).

Otros estudios se referían a los vínculos entre las intervenciones modeladas por roles y los resultados (Erickson et al., 1994; Hertz, 1991; Irvin, 1993; Jensen, 1995; Kennedy, 1991; Lamb, 2005; Sung y Yu, 2006). Los estudiantes universitarios que percibían la satisfacción de las necesidades tenían más éxito en la escuela (Smith, 1980); los ancianos que se sentían apoyados demostraron una satisfacción de necesidades superior y pudieron superar mejor las molestias (Keck, 1989); madres adolescentes que se sentían apoyadas y tenían necesidades percibidas de satisfacción tenían una vinculación madre-hijo más positiva (M. Erickson, 2006; Erickson, 1996a; 1996b), y las personas acusadas de delitos sexuales que recibieron apoyo para remodelar sus mundos pudieron desarrollar nuevas conductas y enderezar la dirección de sus vidas (Scheela, 1991). Las familias y los pacientes que han padecido un infarto de miocardio y que han podido participar en la planificación de su propio cuidado mostraban menos ansiedad, mejor control y apoyo (Holl, 1992). Los cuidadores de los adultos con demencia que tenían contacto con la enfermería basada en la teoría del modelo y el modelado de roles percibieron que se cubrían sus necesidades, que estaban más sanos y que se mostraban valientes, lo que les ayudó a aceptar la situación y transcender la experiencia del cuidado (Hopkins, 1995). Se ha descubierto que los recursos del autocuidado calibrados como necesidades están relacionados con el apoyo percibido y la superación en las mujeres con cáncer de mama (Keck, 1989), con el bienestar físico en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Kline, 1988; Leidy, 1990) y con la ansiedad en los pacientes hospitalizados sometidos a cirugía cardíaca y sus familias (Holl, 1992). Cuando se percibió la IA como un parachoques entre el estrés y el bienestar, se descubrió un efecto de mediación (Acton, 1993, 1997; Acton et al., 1997).

Chen (1996) encontró que los sentimientos de control sobre el estado de la propia salud (orientación de control de la salud) en

ancianos con hipertensión correlacionaron altamente con la autoeficacia y el autocuidado. Además, su trabajo apoyó que la orientación del control de la salud, la autoeficacia y el autocuidado se asociaron con el bienestar. Otros investigadores encontraron que la confianza facilita la implicación de los clientes adolescentes en el régimen médico prescrito (Finch, 1987); el apoyo percibido y la adaptación están relacionados con los efectos residuales del desarrollo en familias con recién nacidos (Darling-Fisher, 1987; Darling-Fisher y Leidy, 1988); la desconfianza influye en el ingreso en el hospital y los residuos positivos sirven de parachoques (Finch, 1987). Los residuos positivos en la relación de intimidad de los adultos sanos facilitan las conductas de salud (MacLean, 1990, 1992); los residuos de desarrollo pronostican la esperanza; los residuos de confianza-desconfianza hacen prever una esperanza generalizada, y los residuos de vergüenza de autonomía y de duda pronostican la esperanza de los ancianos (Curl, 1992).

También se han realizado estudios para explorar la percepción de la autonomía y de la satisfacción con la vida en ancianos (Anschutz, 2000), el conocimiento del autocuidado en los informadores de los hospitales (Erickson, 1985), el crecimiento y desarrollo en adultos con insuficiencia cardíaca (Baas et al., 1999), la capacidad del individuo para movilizar los recursos de superación y las necesidades básicas (Barnfather, 1990a), la relación entre la satisfacción de necesidades básicas y la comida motivada por causas emocionales (Cleary y Crafti, 2007; Timmerman y Acton, 2001) y las relaciones entre la hostilidad, la autoestima, el autoconcepto y el residuo psicosocial en personas con enfermedad cardíaca coronaria (Sofhauser, 1996, 2003); y hostilidad entre las enfermeras en el entorno laboral (Sofhauser, 2015). Los investigadores han analizado la relación entre el bienestar espiritual y la insuficiencia cardíaca (Beery et al., 2002); la espiritualidad en los cuidadores de miembros de la familia con demencia (Acton y Miller, 1996); la puesta en marcha de un programa de autoconcesión de poder de mente, cuerpo y espíritu para adolescentes (Nash, 2007a, 2007b); y la espiritualidad en mujeres con cáncer de mama (Kinney et al., 2003). Baas (2004) estudió recursos de autocuidados y calidad de vida en pacientes después de

un infarto de miocardio y recursos de autocuidados y bienestar en clientes con trastornos cardíacos (Baas, 2011). Junto con sus colaboradores examinó los aspectos psicosociales del tratamiento de la insuficiencia cardíaca (Baas y Conway, 2004), exploró la conciencia del cuerpo en pacientes de trasplante o insuficiencia cardíaca (Baas et al., 2004) y refirió los ajustes de los pacientes a los dispositivos cardíacos (Beery, Baas y Henthorn, 2007).

Entre los instrumentos que se han desarrollado para probar la teoría de modelos y modelado de roles se encuentran el Basic Needs Satisfaction Inventory (Kline, 1988), el Erikson Psychosocial Stage Inventory (Darling, Fisher y Leidy, 1988), la herramienta Perceived Enactment of Autonomy utilizada para medir un prerrequisito para las acciones de autocuidado en los ancianos (Hertz, 1991, 1999; Hertz y Anschutz, 2002), el Self-Care Resource Inventory (Baas, 1992, 2011), una escala de ajuste diseñada para medir el autoinforme con dispositivos implantados en pacientes cardíacos (Beery et al., 2005), el Robinson Self-Appraisal Inventory para medir la negación (la primera etapa del proceso de duelo) en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (Robinson, 1994), la Erickson Maternal Bonding-Attachment Tool diseñada para medir el conocimiento del autocuidado como estilo de motivación (deficiencia o motivación) y el recurso de autocuidado (satisfacción de las necesidades maternas) (Erickson, 1996b), la Family Experience with Eating Disorders Scale (FEEDS) para medir los conocimientos sobre autocuidado acerca de las percepciones parentales del entorno familiar y la dinámica familiar específica para los trastornos alimentarios (Folse, 2007), y la Hopkins Clinical Assessment de APAM (Hopkins, 1995).

Principales premisas

Enfermería

«La enfermera es una facilitadora, no una ejecutora. Nuestra relación enfermera-paciente es un proceso interactivo e interpersonal que ayuda a que el individuo identifique, movilice y desarrolle sus propias fuerzas para conseguir un estado de salud y bienestar percibido óptimos» (H. Erickson, comunicación personal,

2004). Rogers (1996) ha definido este concepto como facilitación-afiliación. Los cinco objetivos de las intervenciones enfermeras son: crear confianza, afirmar y fomentar los puntos fuertes del cliente, fomentar la orientación positiva, facilitar el control percibido y establecer objetivos mutuos dirigidos hacia la salud (Erickson, Tomlin y Swain, 2002).

Persona

En esta teoría se establece una distinción entre los pacientes y los clientes. Se ofrece tratamiento e instrucciones a un paciente; un cliente participa en su propio cuidado. «Nuestra meta es que las enfermeras trabajen con los clientes» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 21). «Un cliente es el que se considera un miembro legítimo en el equipo de toma de decisiones, que siempre goza de algún tipo de control sobre el régimen establecido y que se incorpora a la planificación e implantación de su propio cuidado en la medida de lo posible» (Erickson et al., 1990, pág. 20; Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 253). Alineada con esta premisa se encuentra la creencia de que el cliente siempre es la principal fuente de datos.

Salud

«La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, no únicamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Conlleva un estado de equilibrio dinámico entre los diversos subsistemas [de una persona holística]» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 46) y «se ve afectado por el impulso espiritual del individuo, que influye mucho más sobre el estado de bienestar total de la persona que cualquiera de los subsistemas» (Erickson, 2006, pág. 480).

Entorno

«El entorno no se identifica en la teoría con identidad propia. Los teóricos ven el entorno en los subsistemas sociales como la interacción entre uno mismo y los demás, tanto en lo cultural como en lo individual. Los factores estresantes biofísicos se consideran como parte de este entorno» (H. Erickson, comunicación personal,

marzo de 1988).

Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos de la teoría de modelos y el modelado de roles se basan en los vínculos entre el cumplimiento de las tareas de desarrollo y la satisfacción de las necesidades básicas; entre la satisfacción de las necesidades básicas, el vínculo y la pérdida de un objeto, y las tareas de desarrollo; y entre la capacidad de movilizar la superación de recursos y la satisfacción de las necesidades. Tres fundamentos teóricos genéricos constituyen los siguientes vínculos teóricos implícitos en la teoría:

1. «El grado en el que se resuelven las tareas de desarrollo depende del grado en que se satisfacen las necesidades humanas» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 87).
2. «El grado en el que se cubren las necesidades mediante el vínculo a un determinado objeto depende de la disponibilidad de estos objetos y del grado en que ofrecen comodidad y seguridad en contraposición a la amenaza y la ansiedad» (Erickson, Tomlin y Swain, 1983, pág. 90).
3. «El potencial de un individuo para movilizar sus recursos –el estado de superación de la persona según el MVPA– está directamente asociado con el nivel de satisfacción de las necesidades de la persona» (Erickson, Tomlin y Swain, 2002, pág. 91).

Planteamiento lógico

La teoría de modelos y modelado de roles fue formulada utilizando pensamiento retroductivo. Las autoras de la teoría recorrieron cuatro niveles en su desarrollo y después pasaron cíclicamente de razonamiento inductivo a deductivo (H. Erickson, comunicación personal, marzo de 1988). Erickson identificó los conceptos y relaciones teóricos para etiquetarlos y definir sus observaciones basadas en la práctica. Estas observaciones fueron verificadas a continuación en el contexto de las bases teóricas identificadas. La

integración y la síntesis de los conceptos y los vínculos teóricos con las observaciones clínicas dieron como resultado el desarrollo de una «nueva teoría multidimensional y un nuevo paradigma para la enfermería: los modelos y el modelado de roles» (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1984). Los modelos y el modelado de roles pueden verse como una teoría y un paradigma de acuerdo con Merton (1968), quien afirmó que los paradigmas «proporcionan una organización compacta de conceptos centrales y sus interrelaciones que son utilizados para la descripción y el análisis» (pág. 70).

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

Su libro *Modeling and Role-Modeling: A Theory and Paradigm for Nursing* (Erickson, Tomlin y Swain, 2002), varios capítulos en textos teóricos sobre enfermería y estudios de investigación publicados han expuesto el trabajo de los profesionales de enfermería en la práctica sustentada en esta teoría. Sobre la base de la capacidad de aplicación y el interés del empleo de esta teoría como guía de la práctica de una enfermería holística, la teoría de los modelos y el modelado de roles se ha puesto en marcha en numerosos hospitales de todo el país. Por ejemplo, las enfermeras quirúrgicas del Medical Center de la University of Michigan utilizan un instrumento de valoración basado en la teoría de los modelos y el modelado de roles. Este instrumento se utiliza para recoger información para identificar las necesidades del cliente, sus deficiencias, sus residuos de desarrollo, la pérdida de un vínculo o un estado de duelo, así como potenciales intervenciones terapéuticas (v. apéndice al final del capítulo) (Bowman, 1998; H. Erickson, comunicación personal, marzo de 1988).

Helen Erickson ha expuesto su teoría tanto nacional como internacionalmente y ha mantenido consultas personales con enfermeras de diversos marcos de la práctica y la docencia. Los profesionales de enfermería que trabajan en salud en adultos; manejo de casos; salud comunitaria; cuidados intensivos o críticos;

salud de lactantes, adolescentes y familias; gerontología; salud mental; salas de urgencias y residencias utilizan esta teoría. La belleza de esta teoría es que se puede aplicar en cualquier entorno y con cualquier población. Erickson ha afirmado que lo que parecía ser una idea revolucionaria en 1972 (cuando el cliente se manifestaba como el jefe del equipo del cuidado de salud) ha ganado una gran aceptación últimamente, como en la noción de que las enfermeras pueden practicar la enfermería de forma independiente (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1984). Según Erickson, las respuestas negativas hacia esta teoría provenían de individuos que no podían aceptar la idea de escuchar al cliente en primer lugar o que no se tomaban en serio el concepto de holismo (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1984).

El Brigham and Women's Hospital de Boston ha utilizado la teoría de los modelos y el modelado de roles como base teórica para el modelo de su práctica profesional en esta institución durante años. Las enfermeras utilizan la teoría como marco para estructurar la planificación del cuidado y llevar a cabo sesiones clínicas. Jenny James, exvicepresidenta de enfermería, afirma que «la coherencia del lenguaje, la forma en la que se habla y se planifica el cuidado» es una de las principales ventajas de utilizar esta base teórica (J. James, comunicación personal, julio de 1992). Las enfermeras del Brigham and Women's Hospital utilizan una adaptación del instrumento de valoración desarrollado en el University of Michigan Medical Center. Fue en la Fourth National Conference on Modeling and Role-Modeling (Boston, octubre de 1992) se presentó por primera vez una implementación del modelo de práctica profesional en el Brigham and Women's Hospital, así como estudios de casos (J. James, comunicación personal, julio de 1992). Las enfermeras del University of Pittsburgh Medical Center, del Children's Hospital de la University of Wisconsin (Madison), del University of Tennessee Medical Center en Knoxville, del Oregon Health Sciences University Hospital, del University Health System en San Antonio (Texas), del Salina Regional Health Center y de otros hospitales, así como de agencias estatales de EE. UU., han adoptado también la teoría de los modelos y el modelado de roles como el fundamento de su práctica profesional, así como para el

desarrollo del personal (Alligood, 2011; Arruda, 2010; Bales, 2010; Haylock, 2008; 2010; Hodge et al., 2014; Knapp, 2013; Knox-Woodward, 2014; Koren y Papmiditriou 2013; Raudonis y Acton; 1997; Shams, 2014; Sofhauser, 2015; Veo, 2010).

Formación

La teoría de modelos y modelado de roles se ha introducido en el plan de estudios de los programas de enfermería en todo el país. Los profesores han entablado contactos, y lo siguen haciendo, con Erickson en relación con la utilización de la teoría en sus planes de estudios y para cursos específicos. La Metropolitan State University de St. Paul, Minnesota, seleccionó los modelos y modelado de roles como marco conceptual para sus programas de estudios, y los estudiantes reciben formación en práctica basada en la teoría a lo largo del programa. Otros programas utilizan la teoría de los modelos y el modelado de roles como base para los planes de estudios, entre los que se incluyen, sin limitarse a ellos: St. Catherine's University en St. Paul, Minnesota; el programa de enfermería Alternate Entry Master's de la University of Texas en Austin; la University of Texas en Brownsville; la Lamar University, Departamento de Enfermería Joanne Gay Dishman en Beaumont, Texas; la State University of New York en Búfalo; la University of Tennessee en Knoxville; la Capital University en Columbus, Ohio, y el Colegio de Enfermería y Tecnología Médica Foo Yin en Taiwán. La teoría se ha empleado en entornos académicos para facilitar el aprendizaje por parte de los estudiantes (Ackerman-Barger, 2010; Aghebati et al., 2015; Faye, 2011; Gregg y Twibell, 2016; Levine y Perpetua, 2006; McElligott, 2010; Merryfeather, 2015; Perese, 2002; Sc

Investigación

Los profesionales de enfermería de todo el mundo utilizan los modelos y el modelado de roles como marco teórico para su investigación. Los hallazgos de los estudios de investigación siguen apoyando y validando la construcción de conocimientos de autocuidados y la importancia del apoyo y el control, así como otros vínculos teóricos. El estudio inicial de Erickson (1976)

proporcionó evidencias de que los factores psicosociales están relacionados de forma significativa con la salud física. Un estudio de seguimiento realizado en 1988 por Erickson, Lock y Swain apoyó estos hallazgos, y las investigaciones posteriores han proporcionado una ampliación y enriquecimiento de los conceptos teóricos principales. Tal como se ha descrito anteriormente en este capítulo, el apoyo percibido, el control percibido, la esperanza de cara al futuro, la satisfacción con la vida diaria, la satisfacción de las necesidades, la autonomía percibida, la IA, el conocimiento de autocuidados, las acciones de autocuidados y los recursos de autocuidados son algunos de los conceptos clave que han recibido el apoyo y la convalidación de la investigación. Varios estudiantes de doctorado y de máster de la Escuela de Enfermería de la University of Michigan, la University of Texas, en Austin, y otras universidades trabajan con investigaciones basadas en la teoría. Campbell et al. (1985) llevaron a cabo una investigación en el Medical Center de la University of Michigan, exponiendo la hipótesis de que la duración del ingreso en el hospital estaba relacionada con las etapas de desarrollo. Utilizaron un instrumento de valoración enfermera adaptado del modelo de valoración empleado para medir el desarrollo psicosocial de un paciente y para relacionar el estado de desarrollo con la duración de la hospitalización y con el número de problemas de salud identificados durante la hospitalización. Los resultados indican que el equilibrio entre confianza-desconfianza lleva a un porcentaje más elevado de la variación en la duración de la hospitalización.

Erickson, principal investigadora sobre el modelo y modelado de roles en pacientes con enfermedad de Alzheimer, recibió financiación del centro nacional para la investigación en enfermería de los National Institutes of Health. En este proyecto participaban otros 10 investigadores. Los hallazgos corroboraron la construcción de un conocimiento de autocuidado, potencial de adaptación e IA (H. Erickson, comunicación personal, julio de 1992).

Numerosos graduados han desarrollado tesis y trabajos sobre la teoría del modelo y modelado de roles. Además, una extensa cantidad de publicaciones sustancia los principales constructos y vinculaciones teóricas de la teoría (Erickson, 1990a). Las investigaciones siguen ampliando la teoría del modelo y modelado

de roles.

Evolución

Conforme se practica, analiza, explora e investiga sobre esta teoría, mayor es el potencial de desarrollo de la misma. La teoría ha generado atención a nivel nacional e internacional. Los fondos aportados por la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling han fomentado este avance. La sociedad se formó para desarrollar y mantener una red de colaboradores que permitan evolucionar en el desarrollo y aplicación de esta teoría. Uno de los objetivos de esta sociedad es fomentar la realización de estudios de investigación continuados en relación con la misma. El primer simposio nacional de la sociedad se celebró en 1986 y se repite cada 2 años. En la conferencia de 1988 en Hilton Head, Carolina del Sur, acudieron miembros de la sociedad procedentes de 12 estados distintos (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1988). En la conferencia de 1990 en Austin (Texas), los miembros representaban ya a más de 33 estados (H. Erickson, comunicación personal, julio de 1992). Estas conferencias bienales siguen constituyendo un foro de debate para los investigadores, educadores y practicantes para difundir el conocimiento perteneciente a la teoría y el paradigma de los modelos y el modelado de roles (H. Erickson, comunicación personal, mayo de 2016).

Las presentaciones comprendían estudios basados en unidades de cuidados intensivos y prácticas basadas en la comunidad, en muchos tipos de centros educativos y durante toda la vida. En 2010, enfermeras procedentes de diferentes partes de EE. UU., así como de Egipto, Canadá, Sudáfrica, China y Gran Bretaña, asistieron a la conferencia celebrada en San Antonio (Texas). Las conferencias internacionales bienales ofrecen la oportunidad de que las enfermeras discutan sobre las interrelaciones entre la práctica holística, la teoría, la investigación y la formación de enfermeras.

Crítica

Claridad

Erickson, Tomlin y Swain presentan su teoría claramente. Las definiciones de la teoría son denotativas, con los conceptos definidos de manera explícita. Utilizan un lenguaje corriente y ofrecen ejemplos para ilustrar su significado. Sus definiciones y premisas son coherentes, y existe una lógica progresiva de las premisas a los fundamentos.

Sencillez

La teoría parece sencilla, sin embargo, tras una inspección más detallada aparece su profundidad y complejidad. Se basa en teorías biológicas y psicológicas y en varias premisas filosóficas de las autoras. Las interacciones entre los principales conceptos, premisas y fundamentos añaden profundidad a la teoría y aumentan su complejidad.

Generalidad

La teoría de modelos y modelado de roles puede generalizarse a todos los aspectos y a la mayoría de los centros de práctica de la enfermería profesional. Las principales premisas que tienen que ver con tareas de desarrollo, satisfacción de las necesidades básicas, apego a los objetos y pérdida de los mismos y potencial adaptativo son suficientemente amplias como para poder aplicarse a diversas situaciones de enfermería. En este capítulo se han mencionado ya numerosos ejemplos de la aplicabilidad de la teoría en entornos formativos, de práctica clínica e investigación.

Accesibilidad

Accesibilidad se refiere a la verificabilidad, la aplicación de una *teoría* y la magnitud en que los conceptos definidos se basan en la realidad observable. La teoría tiene conceptos definidos en términos operativos, subconceptos identificables y definiciones denotativas y claramente definidas. Los conceptos principales, modelos y modelado de roles, se basan en la realidad, lo que los convierte en empíricos. Las definiciones están claramente articuladas, lo que

hace posible verificar los conceptos. Las autoras de la teoría han proporcionado un esquema para la recogida, el análisis y la síntesis de datos y directrices para aplicar la teoría. Estas directrices explícitas incrementan la precisión empírica, con lo que permiten que cualquier profesional compruebe la teoría mediante el uso de estas herramientas.

Las teorías de nivel medio están identificadas, apoyadas y sustanciadas. Los datos obtenidos a través de análisis críticos y pruebas proporcionan evidencias y convalidan la teoría. Esta teoría de modelos y modelado de roles consigue una precisión empírica aún mayor con los estudios nuevos y en curso. La necesidad de seguir investigando a partir de la teoría por parte de profesionales de la enfermería en su práctica es bien reconocida y agradecida.

Importancia

Uno de los desafíos a los que se enfrenta la profesión de la enfermería es el desarrollo de su base de conocimientos científica singular y el empleo de teorías como fundamento de la práctica profesional. La teoría de los modelos y el modelado de roles contribuye a un avance constante hacia este objetivo. Aunque relativamente nueva, la teoría ha logrado el reconocimiento de la comunidad enfermera. El interés por ella ha sido creciente, y las investigaciones han avalado sus enunciados teóricos. Numerosos profesionales de enfermería citados anteriormente en este capítulo se han implicado en investigaciones basadas en esta teoría, que acreditan de forma creciente la validez de las proposiciones teóricas.

Chinn y Kramer (2015) proponen que la importancia de una teoría está relacionada con el modo en que aborda la práctica de la enfermería, la formación y los objetivos de administración. La teoría de los modelos y el modelado de roles orienta la investigación, dirige la práctica y genera nuevas ideas; por tanto, esta teoría posee un valor y una importancia intrínsecos para la disciplina enfermera (Alligood, 2011). Por último, la teoría está alineada con las necesidades de salud holística actuales y futuras y las tendencias que incorporan un enfoque en «la satisfacción y experiencia del cliente, el conocimiento sobre autocuidados, la implicación, la

experiencia» y otros aspectos importantes en la asistencia sanitaria (*ANA Nursing Scope and Standards of Practice,* tercera edición, American Nurses Association, 2015, págs. 11, 20, 227).

Resumen

Las enfermeras tienen la oportunidad de compartir experiencias vitales íntimas importantes con sus clientes. Tienen la habilidad y la responsabilidad de facilitar la curación y de conseguir el máximo estado percibido de salud y de bienestar de nuestros clientes. La teoría de modelos y modelado de roles proporciona a las enfermeras un marco teórico basado en la práctica para conseguir estos objetivos en cualquier entorno, con cualquier población. Numerosos estudios de investigación y el continuo trabajo científico proporcionan apoyo empírico para esta teoría de enfermería. A medida que la teoría madura, el alcance de su mérito y de su valía continúa siendo más evidente.

Caso clínico

Robert, un ganadero de 75 años con una historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es ingresado por disnea, angina y náuseas (necesidades fisiológicas no satisfechas). Es el cuarto ingreso en 6 meses (tiene dificultades para adaptarse a los factores estresantes de su vida). La enfermera se presenta con voz tranquila y calmada, y le explica que será su enfermera durante su estancia (intervenciones diseñadas para crear confianza y sensación de seguridad y facilitar un sentido de conexión). Le pregunta por qué está allí (él es la principal fuente de datos). Afirma: «No puedo respirar y me duele el tórax». Una vez estabilizado (las necesidades fisiológicas están satisfechas, de manera que la enfermera se centra en sus otras necesidades) dice: «He observado que ha tenido varios ingresos en los últimos meses. ¿Por qué cree que está aquí hoy?» (La enfermera busca información del cliente, que es la fuente principal de datos, y facilita la sensación de control del cliente.) Responde: «Mi esposa de 49 años murió hace unos meses; ella me cuidaba y mi corazón está roto. Mi vida ya no tiene sentido». (Tiene necesidades no satisfechas, tiene problemas con la etapa de desarrollo de generación y está afligido por la muerte de su esposa.)

Durante su valoración, la enfermera descubre que Robert vive solo en un rancho, su vecino más próximo está a 6 km, su hijo vive fuera del estado, no tiene ayuda en sus actividades diarias, no sale de casa porque ya no puede conducir, no tiene sistema de apoyo y se siente incapaz de continuar con su vida desde la muerte de su esposa. La enfermera le pregunta qué necesita para sentirse mejor y le ayuda a conseguirlo durante las semanas siguientes (fomento de orientación futura positiva). Él responde: «Necesito estar cerca de mis amigos y del hospital. Estoy muy solo y asustado lejos de ellos» (necesidades de amor y pertenencia y de seguridad no satisfechas).

Después de una larga discusión, juntos deciden aplicar un plan de cuidados. (La enfermera facilita el control del cliente, afirmando sus puntos fuertes y el conocimiento de autocuidado que él sabe que hará real; juntos fijan objetivos comunes.) Robert llama y habla con su hijo, que planea venir y visitarlo (esta acción facilita su sentido de apoyo percibido e IA). Se llama a su pastor y se le pide consejo (el apoyo es percibido, se inicia la facilitación de la resolución del duelo y se facilita que el cliente se centre en el futuro).

Robert decide que se mudará a la ciudad a un complejo de apartamentos habilitados para personas mayores en el que se le proporcionan comida y otros servicios, y se organizan los preparativos para ayudarlo en el traslado. Allí estará más cerca del hospital y de otras personas si las necesitara (lo que le ayudará a sentirse más seguro y protegido). También podrá elegir cuándo organizar las visitas de sus amigos o participar en las actividades sociales que se ofrecen en el complejo (verá satisfechas sus necesidades de cariño y sentido de pertenencia, lo que facilita su sensación de control). Recibirá, asimismo, asistencia en las necesidades fisiológicas básicas cuando lo necesite (comidas, servicios de limpieza). Después de haberse asentado en su nuevo hogar, la enfermera le da su número de teléfono, para que pueda llamarla si necesita algo o simplemente para control (las necesidades de apoyo y cariño y de pertenencia se ven satisfechas). Esta acción facilita la confianza y la IA del cliente. Se mantiene su control y se reafirman sus puntos fuertes y su conocimiento de autocuidados (sabrá cómo llamar cuando necesite ayuda y podrá

hacerlo, o estará en contacto con la enfermera). Finalmente, la enfermera programa llamadas telefónicas regulares (según los planes del cliente) para fines de control y para ver cómo se encuentra el cliente, así como para abordar las posibles preguntas o preocupaciones que este tenga. Esta acción facilita la confianza, la seguridad y la sensación de protección, cariño y pertenencia, y se cumplen las necesidades de IA.

Actividades de pensamiento crítico

1. Entreviste a un cliente y utilice la teoría para interpretar los datos. Identifique los diagnósticos enfermeros basados en las interpretaciones.
2. Proponga un plan de cuidados de enfermería basado en la entrevista y la interpretación del punto anterior.
3. Teniendo en cuenta que la meta es promover la salud y desarrollo del cliente, prediga los resultados a partir del plan de cuidados de enfermería sugerido. Prediga los resultados si no se lleva a cabo el plan de cuidados.
4. Valore al cliente a partir de fuentes primarias, secundarias y terciarias. Compare la coherencia entre los tres tipos de fuentes.

Referencias para ampliar conocimientos

- Erickson, H. (Ed.). (2006). *Modeling and role-modeling: A view from the client's world.* Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (2002). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing.* Cedar Park, TX: EST Co. (Trabajo original publicado en 1983, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.)
- Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling, en http://www.mrmnursingtheory.org/.

[Referencias conceptuales y de investigación disponibles en la página web sobre teorías intermedias, constructos mayores y supuestos filosóficos de la teoría de los modelos y modelado de

roles.]

Bibliografía

Ackerman-Barger P. Embracing multiculturalism in nursing learning environments. *Journal of Nursing Education*. 2010;49(12):677–682.

Acton, G. (1993). *The relationships among stressors, stress, affiliated-individuation, burden, and well-being in care-givers of adults with dementia: A test of the theory and paradigm for nursing, modeling and role-modeling*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin.

Acton G. The mediating effect of affiliated-individuation in caregivers of adults with dementia. *Journal of Holistic Nursing*. 1997;15(4):336–357.

Acton G, Malathum P. Basic need satisfaction and health-promoting self-care behaviors in adults. *Western Journal of Nursing Research*. 2000;22(7):796–811.

Acton GJ, Irvin BL, Jensen BA, Hopkins BA, Miller EW. Explicating midrange theory through methodological diversity. *Advances in Nursing Science*. 1997;19(3):78–85.

Acton GJ, Miller EW. Affiliated individuation in caregivers of adults with dementia. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17:245–260.

Aghebati N, Mohammadi E, Ahmadi F, Noaparast K. Principle-based concept analysis: Intentionality in holistic nursing theory. *Journal of Holistic Nursing*. 2015;33(1):68–83.

Alligood MR. Theory-based practice in a major medical centre. *Journal of Nursing Management*. 2011;19:981–988.

American Nurses Association *ANA Nursing: Scope and standards of practice*. 3rd ed. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2015.

Anschutz, C.A. (2000). *Perceived enactment of autonomy and life satisfaction: An elderly perspective*. Unpublished master's thesis, Fort Hays State University, Fort Hays, KS.

Arruda E. Better retention through nursing theory. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2010;26(1):17–22.

Baas, L.S. (1992). *The relationships among self-care knowledge, self-care resources, activity level and life satisfaction in persons three to six months after a myocardial infarction*. *Dissertation Abstracts International*, *53*, 1780B.

Baas LS. Self-care resources and activity as predictors of quality of life in persons after myocardial infarction. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2004;23(3):131–138.

Baas, L.S. (2011). Construct validity of the revised Self-Care Resources Inventory. Retrieved from http://hdl.handle.net/10755/178037.

Baas LS, Beery TA, Allen GA, Wizer M, Wagoner LE. An exploratory study of body awareness in persons with heart failure or transplant. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004;19(1):32–40.

Baas LS, Beery TA, Fontana JA, Wagoner LE. An exploratory study of developmental growth in adults with heart failure. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17(2):117–138.

Baas LS, Conway GA. Psychosocial aspects of heart failure management. In: Stewart S, Moser DD, Thompson D, eds. *Caring for the heart failure patient: A textbook for the healthcare professional*. London: Martin Bunitz; 2004:197–209.

Baas LS, Fontana JA, Bhat G. Relationships between self-care resources and the quality of life of persons with heart failure: A comparison of treatment groups. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 1997;12(1):25–38.

Baldwin CM. Perceptions of hope: Lived experiences of elementary school children in an urban setting. *Journal of Multicultural Nursing & Health*. 1996;2(3):41–45.

Bales I. Testing a computer-based ostomy care training resource for staff nurses. *Ostomy Wound Management*. 2010;56(5):60–69.

Barnfather J. Testing a theoretical proposition for modeling and role-modeling: A basic need and adaptive potential status. *Issues in Mental Health Nursing*. 1993;13:1–18.

Barnfather, J.S. (1987). *Mobilizing coping resources related to basic need status in healthy, young adults*. *Dissertation Abstracts International*, 49/02-B, 0360.

Barnfather JS, An overview of the ability to mobilize coping resources related to basic needs. Erickson H, Kinney C, eds. *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research*, vol. 1. Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling; 1990:156–169.

Barnfather JS, Mobilizing coping resources related to basic need status. Erickson H, Kinney C, eds. *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research*, vol. 1. Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling; 1990.

Beery T, Baas LS, Henthorn R. Self-reported adjustment to implanted cardiac devices. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;22(6):516–524.

Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *Journal of Holistic Nursing*. 2002;20(10):5–30.

Beery TA, Baas LS, Mathews H, Burroughs J, Henthorn R. Development of the Implanted Devices Adjustment Scale. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2005;24(5):242–248.

Beltz, S. (1999). *How persons 85 years and older, living in congregate housing, experience managing their health: Preservation of self*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin.

Benson, D. (2003). *Adaptive potential assessment model as applied to small groups*. Unpublished doctoral dissertation, University of LaVerne, LaVerne, CA.

Benson D. Coping with stress. In: Erickson H, ed. *Modeling and role-modeling: A view from the client's world*. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited; 2006:240–274.

Benson, D. (2011). *A theoretical model for group adaptive expansion*. Retrieved from http://hdl.handle.net/10755/153865.

Boodley, C.A. (1986). *A nursing study of the experience of having a health examination*. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Boodley CA, The experience of having a healthy examination. Erickson H, Kinney C, eds. *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research*, vol. 1. Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling; 1990.

Bowman, S.S. (1998). *The human-environment relationship in self-care when healing from episodic illness*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Bray, C.O. (2005). *The relationship between psychosocial attributes, self-care resources, basic need satisfaction and measures of cognitive and psychological health of adolescents: A test of the modeling and role-modeling theory*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Campbell J, Finch D, Allport C, Erickson HC, Swain MA. A theoretical approach to nursing assessment. *Journal of Advanced Nursing*. 1985;10:111–115.

Chen, Y. (1996). *Relationships among health control orientation, self-efficacy, self-care, and subjective well-being in the elderly with hypertension*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Chinn PL, Kramer MK. *Integrated knowledge development in nursing*. 9th ed. St Louis: Mosby; 2015.

Clayton, D. (2001). *Journeys through chaos: Experiences of prolonged family suffering and evolving spiritual identity*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Cleary J, Crafti N. Basic need satisfaction, emotional eating, and dietary restraint as risk factors for recurrent overeating in a community sample. *E-Journal of Applied Psychology. Clinical and Social Issues*. 2007;3(2).

Curl, E.D. (1992). *Hope in the elderly: Exploring the relationship between psychosocial developmental residual and hope*. *Dissertation Abstracts International*, *47*, 992B.

Darling-Fisher, C.S. (1987). *The relationship between mothers' and fathers' Eriksonian psychosocial attributes, perceptions of family support, and*

adaptation to parenthood. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Darling-Fisher C, Leidy N. Measuring Eriksonian development of the adult: The modified Erikson psychosocial stage inventory. *Psychological Reports*. 1988;62:747–754.

Dildy, S.M. P. (1992). *A naturalistic study of the meaning and impact of suffering in people with rheumatoid arthritis*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Erickson H. Modeling and role-modeling with psychophysiological problems. In: Zeig JK, Gilligan S, eds. *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors*. New York: Brunner/Mazel; 1990:473–490.

Erickson H, Theory based nursing. Erickson H, Kinney C, eds. *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research*, vol. 1. Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling; 1990:1–27.

Erickson H, Self-care knowledge: An exploratory study. Kinney C, Erickson H, eds. *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research*, vol. 1. Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling; 1990:178–202.

Erickson H. *Modeling and role-modeling: A view from the client's world*. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited; 2006.

Erickson H. *Exploring the interface between the philosophy and discipline of holistic nursing. Modeling and role-modeling at work*. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited; 2010.

Erickson H, Tomlin E, Swain M. *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Cedar Park, TX: EST Co; 2002.

Erickson, H.C. (1976). *Identification of states of coping utilization physiological and psychological data*. Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Erickson, H.C., Kinney, C., Becker, H., Acton, G., Irvin, B., Hopkins, R., et al. (1994). *Modeling and role-modeling with Alzheimer's patients* (National Institutes of Health funded grant). Unpublished manuscript, University of Texas, Austin, TX.

Erickson HC, Swain MA. A model for assessing potential adaptation to stress. *Research in Nursing and Health*. 1982;5:93–101.

Erickson HC, Tomlin EM, Swain MAP. *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1983.

Erickson M. Factors that influence the mother-infant dyad relationships and infant well-being. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17:185–200.

Erickson, M. (1996b). *Relationships among support, needs satisfaction, and maternal attachment in the adolescent mother*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Erickson M. Attachment, loss, and reattachment. In: Erickson H, ed. *Modeling and role-modeling: A view from the client's world*. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited; 2006:208–239.

Erickson M, Erickson H, Jensen B. Affiliated individuation and self-actualization: Need satisfaction as a pre-requisite. In: Erickson H, ed. *Modeling and role-modeling: A view from the client's world*. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited; 2006:182–207.

Falk, K. (2013). *Appreciative inquiry to transform nursing practice for mentoring children of promise*. Unpublished doctoral dissertation, City University of New York, New York.

Falk K. Appreciative inquiry with nurses who work with children of incarcerated parents. *Nursing Science Quarterly*. 2014;27(4):315–323.

Faye F. Integrating nursing science in the education process. *Creative Nursing*. 2011;17(3):113–117.

Finch, D. (1987). *Testing a theoretically based nursing assessment*. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Folse V. The family experience with eating disorders scale: Psychometric analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007;21(4):210–221.

Goldstein, L. (2013). *Relationships among quality of life, self-care, and affiliated individuation in persons on chronic warfarin therapy*. *UT Electronic Theses & Dissertations,* University of Texas, Austin, Texas. Retrieved from https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/21865.

Gregg SR, Twibell KR. *Try-it-on. Experiential learning of holistic stress management in a graduate nursing curriculum. Journal of Holistic Nursing*. 2016;34(3):300–308.

Hagglund LA. Challenges in the treatment of factitious disorder: A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009;23(1):58–64.

Haylock, P. (2008). *Giving voice to the vulnerable: Advocacy and oncology nursing. Electronic Theses & Dissertations*, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX.

Haylock PJ. Advanced cancer: A mind-body-spirit approach in life and living. *Seminars in Oncology Nursing*. 2010;26(3):183–194.

Hertz JE. Testing two self-care measures in elderly home care clients. In: Gueldner SH, Poon LW, eds. *Gerontological nursing issues for the 21st century*. Indianapolis: Center Nursing Press; 1999:195–205.

Hertz, J.E. G. (1991). *The perceived enactment of autonomy scale: Measuring the potential for self-care action in the elderly*. *Dissertation Abstracts International*, *52*, 1953B.

Hertz JE, Anschutz CA. Relationships among perceived enactment of autonomy, self-care, and holistic health in community-dwelling older adults. *Journal of Holistic Nursing*. 2002;20(2):166–186.

Hertz, J.E., Rossetti J., & Nelson, C.M. (2005). Perceived autonomy and self-care resources in older residents of senior apartments. *Virginia Henderson Global e-Repository*. Retrieved from http://hdl.handle.net/10755/161167.

Hodge D, Bonifas R, Sun F, Wolosin R. Developing a model to address African Americans' spiritual needs during hospitalization. *Clinical Gerontologists*. 2014;37(4):386–405.

Holl, R.M. (1992). *The effect of role-modeled visiting in comparison to restricted visiting on the well-being of clients who had open heart surgery and their significant family members in the critical care unit*. *Dissertation Abstracts International*, *53*, 4030B.

Hwang H, Lin H. Perceived enactment of autonomy and related sociodemographic factors among non-institutionalized elders. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2004;20(4):166–173.

Irvin, B.L. (1993). *Social support, self-worth and hope as self-care resources for coping with caregiver stress*. *Dissertation Abstracts International*, *54*(06), B2995.

Irvin BL, Acton G. Stress mediation in caregivers of cognitively impaired adults: Theoretical model testing. *Nursing Research*. 1996;45(3):160–166.

Irvin BL, Acton GJ. Stress, hope and well-being of women caring for family members with Alzheimer's disease. *Holistic Nursing Practices*. 1997;11(2):69–79.

Jensen, B. (1995). *Caregiver responses to a theoretically based intervention program: Case study analysis*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Jonker, L. (2012). *The experiences and perceptions of mothers utilizing child health services*. Thesis, Stellenbosch University. Stellenbosch, South Africa. Retrieved from http://scholar.sun.ac.za.

Keck, V.E. (1989). *Perceived social support, basic needs satisfaction, and coping strategies of the chronically ill*. *Dissertation Abstracts International*, *50*, 3921B.

Kennedy, G.T. (1991). *A nursing investigation of comfort and comforting care of the acutely ill patient*. *Dissertation Abstracts International*, *52*, 6318B.

Kinney CK. Facilitating growth and development: A paradigm case for modeling and role-modeling. *Issues in Mental Health Nursing*. 1990;11:375–395.

Kinney C, Erickson H. Modeling the client's world: A way to holistic care. *Issues in Mental Health Nursing*. 1990;11:93–108.

Kinney CK, Rodgers DR, Nash K, Bray C. Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body, and spirit self-empowerment program. *Journal of Holistic Nursing*. 2003;21:260–279.

Kline, N.W. (1988). *Psychophysiological processes of stress in people with a chronic physical illness*. *Dissertation Abstracts International*, *49*, 2129B.

Knapp, S. (2013). The effects of a violence assessment checklist on the incidence of violence for emergency department nurses. *Evidence-Based Practice Project Reports*. Retrieved from http://scholar.valpo.edu/ebpr/23.

Knox-Woodward, J. (2014). Employing provider mentoring/coaching to improve preventative quality ordering. Retrieved from http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/119/.

Koren ME, Papmiditriou C. Spirituality of staff nurses: Application of modeling and role-modeling theory. *Holistic Nursing Practice*. 2013;27(1):37–44.

Lamb, P.B. (2005). *Application of the modeling role-modeling theory to mentoring in nursing*. Unpublished master's thesis, Montana State University, Bozeman, MT.

Landis, B.J. (1991). *Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness*. *Dissertation Abstracts International*, *52*, 4124B.

Leidy NK. A structural model of stress, psychosocial resources, and symptomatic experience in chronic physical illness. *Nursing Research*. 1990;39(4):230–236.

Levine MA, Perpetua E. International immersion programs in baccalaureate nursing education: Professor and student perspectives. *Journal of Cultural Diversity*. 2006;13(1):20–26.

Liang, C.V. (2008). *Urinary incontinence among rural elders residing in long-term care*. Unpublished doctoral dissertation, Assessment of Bladder Health Initiative Program, State University of New York at Binghamton, NY.

MacLean, T.T. (1990). *Erikson's development and stressors as factors in healthy lifestyle*. *Dissertation Abstracts International*, *48*, 1710A.

MacLean TT. Influence of psychosocial development and life events on the health practices of adults. *Issues in Mental Health*. 1992;13:403–414.

Matsui M, Capezuti E. Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing*. 2008;29(2):141–147.

McElligott D. Healing: The journey from concept to nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(4):251–259.

Merryfeather L. Passionate scholarship or academic safety: An ethical issue. *Journal of Holistic Nursing*. 2015;33(1):60–67.

Merton RK. *Social theory and social structure*. New York: The Free Press; 1968.

Miller, E.W. (1994). *The meaning of encouragement and its connection to the inner-spirit as perceived by caregivers of the cognitively impaired*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Nash K. Implementation and evaluation of the Empower Youth program.

Journal of Holistic Nursing. 2007;25(1):26–36.

Nash K. Evaluation of the empower peer support and education program for middle school–aged adolescents. *Journal of Holistic Health*. 2007;25:26–36.

Perese E. Integrating psychiatric nursing into a baccalaureate nursing curriculum. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2002;8(5):152–158.

Perese EF, Wu YB. Shortfalls of treatment for patients with schizophrenia: Unmet need, obstacles to recovery. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2010;14(2):43–56.

Pokorny M, Scott E, Rose MA, et al. Challenges in caring for the morbidly obese patients. *Home Healthcare Nurse*. 2009;27(1):43–52.

Raudonis, B. (1991). *A nursing study of empathy from the hospice patient's perspective*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Raudonis B, Acton G. Theory based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26(1):138–145.

Robinson KR. Developing a scale to measure denial levels of clients with actual or potential myocardial infarctions. *Heart and Lung*. 1994;23:36–44.

Rogers S. Facilitative affiliation: Nurse-client interactions that enhance healing. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17:171–184.

Rosenow, D.J. (1991). *Multidimensional scaling analysis of self-care actions for reintegrating holistic health after a myocardial infarction: Implications for nursing. Dissertation Abstracts International*, *53*, 1789B.

Scheela, R. (1991). *The remodeling process: A grounded study of adult male incest offenders' perceptions of the treatment process*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

Schultz E. Academic advising from a nursing theory perspective. *Nurse Educator*. 1998;23(1):22–25.

Shams M, Favara I, Meneghello E, Barzon F. Nursing and psychological issues in obese patients. The Globesity Challenge to General Surgery. Milan, Italy: Springer-Verlag Italia; 2014.

Smith, K. (1980). *Relationship between social support and goal attainment*. Unpublished master's thesis, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Sofhauser, C. (1996). *The relations among hostility, self-esteem, self-concept, psychosocial residual in persons with coronary heart disease*. *Dissertations Abstracts International*, 5B/01-B.

Sofhauser C. Hostility patterns: Implications for nursing practice. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(3):202–208.

Sofhauser CD. Psychosocial antecedents of hostility in persons with

coronary heart disease. *Journal of Holistic Nursing*. 2003;21(3):280–300.

Sung PH, Yu SK. The nursing experience of applying MRM model to personality disorder. *Hu Li Za Zhi*. 2006;53(4):89–95.

Timmerman G, Acton G. The relationship between basic need satisfaction and emotional eating. *Issues in Mental Health Nursing*. 2001;22(7):691–701.

Veo P. Concept mapping for applying theory to nursing practice. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2010;26(1):17–22.

Weber GJ. The experiential meaning of well-being for employed mothers. *Western Journal of Nursing Research*. 1999;21(6):785–795.

Weber, G.J. T. (1995). *Employed mothers with pre-school-aged children: An exploration of their lived experiences and the nature of their well-being*. *Dissertation Abstracts International*, *56-06*(B), 3131.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Erickson H. *Synthesizing clinical experiences: A step in theory development*. Ann Arbor, MI: Biomedical Communications; 1986.

Erickson H, Kinney C, eds. *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research*, vol. 1. Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling; 1990.

Capítulos de libros

Erickson H. Communication in nursing. In: Erickson H, ed. *Professional nursing matrix: A workbook*. Ann Arbor, MI: Media Library, University of Michigan; 1977:1–150.

Erickson H. Modeling and role-modeling: Ericksonian approaches with physiological problems. In: Zeig J, Langton S, eds. *Ericksonian psychotherapy: The state of the art*. New York: Brunner/Mazel; 1985.

Erickson H. Modeling and role-modeling with psychophysiological problems. In: Zeig JK, Gilligan S, eds. *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors*. New York: Brunner/Mazel; 1990:473–491.

Erickson H, Theory based nursing. Kinney C, Erickson H, eds. *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research*, vol. 1. Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling; 1990:1–27.

Artículos de revistas

Barnfather J, Swain MA, Erickson H. Construct validity of an aspect of the

coping process: Potential adaptation to stress. *Issues in Mental Health Nursing*. 1989;10:23–40.

Barnfather J, Swain MA, Erickson H. Evaluation of two assessment techniques. *Nursing Science Quarterly*. 1989;4:172–182.

Erickson H. Coping with new systems. *Journal of Nursing Education*. 1983;22(3):132–135.

Erickson H. Modeling y role-modeling con psychophysiological problemas. *Rapport: Hipnosis de Milton H. Erickson—Revista del Instituto Milton H. Erickson de Buenos Aires (Argentina)*. 1991;1(1):41–53.

Erickson H, Swain MA. A model for assessing potential adaptation to stress. *Research in Nursing and Health*. 1982;5:93–101.

Erickson H, Swain MA. Mobilizing self-care resources: A nursing intervention for hypertension. *Issues in Mental Health Nursing*. 1990;11:217–236.

Fuentes secundarias

Libros

Bowlby J. *Attachment*. New York: Basic Books; 1969.

Bowlby J. *Separation*. New York: Basic Books; 1973.

Bowlby J. *Loss*. New York: Basic Books; 1980.

Engel GS. *Psychological development in health and disease*. Philadelphia: Saunders; 1962.

Erikson E. *Childhood and society*. New York: W. W. Norton; 1963.

Haley J. *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: W. W. Norton; 1973.

Maslow AH. *Toward a psychology of being*. 2nd ed. New York: D. Von Nostrand; 1968.

Maslow AH. *Motivation and personality*. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1970.

Piaget J. *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press; 1952.

Piaget J, Inhelder B. *The psychology of the child*. New York: Basic Books; 1969.

Artículos de revistas

Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1990;7:147–178.

Beery T, Baas L. Medical devices and attachment: Holistic healing in the age of invasive technology. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17:233–243.

Hertz J. Conceptualization of perceived enactment of autonomy in the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17:261–273.

Kinney C. Transcending breast cancer: Reconstructing one's self. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17:201–216.

Leidy N. Operationalizing Maslow's theory: Development and testing of the Basic Needs Satisfaction Inventory. *Issues in Mental Health Nursing*. 1994;15:277–295.

Leidy NK, Traver GA. Psychophysiological factors contributing to functional performance in people with COPD: Are there gender differences? *Research in Nursing and Health*. 1995;18(6):535–546.

Mahler MS. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1967;15:740–763.

Miller EW. Encouraging Alzheimer's caregivers. *Journal of Christian Nursing*. 1995;12(4):7–12.

Sappington J, Kelley JH. Modeling and role-modeling theory: A case study of holistic care. *Journal of Holistic Nursing*. 1996;14(2):130–141.

Walsh KK, Vanden Bosch TM, Boehm S. Modeling and role-modeling: Integrating nursing theory into practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1989;14:755–761.

Apéndice

Instrumento de valoración basado en los modelos y el modelado de roles*

I. Descripción de la situación.
- A. Visión general de la situación.
- B. Etiología:
  1. Factores responsables de estrés externos.
  2. Factores estresantes.
  3. Factores que provocan distrés.
- C. Necesidades terapéuticas.

II. Expectativas:
- A. Inmediatas.
- B. A largo plazo.

III. Potencial de recursos:
- A. Externos:
  1. Red social.
  2. Sistema de apoyo.

3. Sistema sanitario.

B. Internos:

1. Fuerzas.
2. Potencial de adaptación:

a. Estados de sensaciones.
b. Parámetros fisiológicos.

IV. Metas y tareas vitales:

A. Actuales.
B. Futuras.

Instrumento de interpretación de datos basado en los modelos y el modelado de roles†

I. Interpretar los datos respecto a la capacidad de movilizar recursos (MVPA).
II. Interpretar los datos de las necesidades (ventajas y deficiencias relacionadas con el tipo de necesidad), vínculo con los objetos, pérdida, duelo (normal o patológico), tareas vitales (de desarrollo: reales y cronológicas).

Instrumento de análisis de datos basado en los modelos y el modelado de roles‡

I. Primer paso:

A. Expresar las relaciones entre los factores estresantes y las necesidades.
B. Expresar las relaciones entre los estados de necesidad y la capacidad para movilizar recursos.
C. Expresar las relaciones entre los estados de necesidad y la pérdida de un vínculo.
D. Expresar las relaciones entre la pérdida y la respuesta al duelo.
E. Expresar las relaciones entre el tipo de necesidades que se tienen y los déficits de residuos y de residuos de desarrollo.
F. Articular las relaciones entre las tareas de desarrollo cronológicas y los residuos de desarrollo.

II. Segundo paso:
    A. Expresar las relaciones entre los factores estresantes, el potencial de recursos, el estado de las necesidades, la pérdida, el duelo, los residuos de desarrollo, las tareas cronológicas y el potencial respecto al vínculo.
    B. Expresar las relaciones entre el estado de las necesidades, el potencial de recursos, los residuos de desarrollo y las metas personales.

Instrumento de planificación basado en los modelos y el modelado de roles[§]

I. Objetivos de las intervenciones:
    A. Establecer la confianza.
    B. Promover una orientación positiva.
    C. Promover el control del cliente.
    D. Promover las fuerzas.
    E. Establecer objetivos dirigidos a la salud.
II. Objetivos de intervención:
    A. Desarrollar una relación funcional y de confianza entre la enfermera y el cliente.
    B. Facilitar una autoproyección positiva y de cara al futuro.
    C. Promover la IA con el mínimo grado de ambivalencia posible.
    D. Promover un estado de salud dinámico, de adaptación y holístico.
    E. Promover y alimentar un mecanismo de superación que satisfaga las necesidades básicas y permita la satisfacción de la necesidad de crecimiento.
    F. Facilitar etapas de desarrollo coherentes, reales y cronológicas.

IA, individuación afiliada; *MVPA,* modelo de valoración del potencial de adaptación.

[*] Las preguntas de entrevistas y los pensamientos que guían el pensamiento

crítico se mencionan en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 116–168). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Algunas sugerencias para técnicas de entrevistas se encuentran en Erickson, H. C. (1990). Self-care knowledge. In H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

† Las directrices de pensamiento crítico para la interpretación de datos se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 148–166). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; y Erickson, H. C. (1990). Theory based nursing. In H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

‡ Las directrices de pensamiento crítico para el análisis de datos se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 148–166). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; and Erickson, H. C. (1990). Theory-based nursing. In H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

§ Las directrices de pensamiento crítico para la planificación se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 169–220). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; and Erickson, H. C. (1990). Theory-based nursing. In H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

---

* Autoras anteriores: Margaret E. Erickson, Jane A. Caldwell-Gwin, Lisa A. Carr, Brenda Kay Harmon, Karen Hartman, Connie Rae Jarlsberg, Judy McCormick y Kathryn W. Noone.

Las autoras quieren dar las gracias a Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin y Mary Ann P. Swain por haber revisado este capítulo en ediciones previas.

26

Teoría bioética sinfonológica

Carrie Scotto

«La sinfonología (de "sinfonía", palabra griega que significa "acuerdo") es un sistema de ética basado en los términos y precondiciones de un acuerdo.»

(Husted y Husted, 2001, p. 34)

Gladys L. Husted
(1941-actualidad)

James H. Husted
(1931-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Gladys Husted nació en Pittsburgh, ciudad en la que continúa viviendo, enseñando y ejerciendo su profesión con una profunda influencia sobre las nuevas generaciones de enfermeras. En 1962 obtuvo la diplomatura en Ciencias de la Enfermería en la University of Pittsburgh, y empezó a trabajar en salud pública y en servicios médico-quirúrgicos de atención a pacientes agudos hospitalizados. La observación de las interacciones entre los pacientes y las enfermeras hizo que se interesara por las cuestiones de carácter ético. En 1968 completó un máster en Enseñanza de la

Enfermería y comenzó a dar clases en la Louise Suyden School of Nursing del St. Margaret's Memorial Hospital de Pittsburgh. Su amor a la enseñanza hizo que pronto se inscribiera en los cursos de doctorado, que obtuvo en el Departamento de Currículo y Supervisión de la University of Pittsburgh.

G. Husted es profesora emérita en la Duquesne University School of Nursing, y en 1998 recibió el Premio a la Mejor Profesora de la escuela. La Duquesne University School of Nursing ha reconocido su excelente labor didáctica de G. Husted con diferentes distinciones y menciones honorarias, como los Premios Duquesne University School of Nursing Recognition for Excellence (1990/1991) y Faculty for Excellence in Teaching (1994/1995). La Facultad de Medicina de Ohio nombró a Husted la conferenciante más distinguida del año (2000). Es miembro de las asociaciones Sigma Theta Tau International, Phi Kappa Phi y National League for Nursing.

G. Husted ayudó a la Western Pennsylvania Hospital Nursing Division, que estaba desarrollando un comité de ética, formando a la plantilla y los directivos y aportando orientación al comité recién constituido. Asimismo, ha asesorado al Allegheny General Medical Center en cuestiones de formación y gestión del personal de enfermería, y al National Nursing Ethics Advisory Group para el departamento de los Veterans Affairs. Ha trabajado como asesora experta para varias escuelas de enfermería y ha realizado presentaciones en numerosas conferencias nacionales.

James Husted nació en Kingston (Pensilvania) y durante toda su vida se ha interesado por la filosofía. Durante su destino como militar en Alemania empezó a interesarse por la ética a través de conversaciones con un antiguo profesor de Ética, especialmente de la obra de Benedict Spinoza, a través de las conversaciones que mantuvo con un profesor de Ética ya retirado. Cuando dejó el ejército, trabajó en el comercio y como profesor de agentes de seguros médicos privados. Sin embargo, paralelamente a su trabajo, continuó leyendo y desarrollando sus ideas sobre ética y filosofía. Durante los años ochenta se unió a las sociedades High-IQ, Mensa e Intertel, trabajando como experto en filosofía para Mensa y director regional de Intertel.

Gladys y James se conocieron y se casaron en 1974. El continuo

diálogo entre ellos sirvió para sentar las bases de la teoría sinfonológica. Son coautores de las diferentes ediciones del libro *Ethical Decision Making in Nursing,* que fue uno de los Nursing and Health Care's Notable Books en 1991, 1995 y 2001. Asimismo, obtuvo el Premio de la Nursing Society en 2001. Entre 1997 y 1998 escribieron una columna titulada «A Practice Based Bioethic» en la revista *Advanced Practice Nursing Quarterly.* Además de publicar libros, escribir capítulos de libros y artículos en revistas especializadas, han dado conferencias y seminarios en los que han presentado su teoría ética.

Actualmente viven en Pittsburgh, y durante muchos años continuaron desarrollando y difundiendo su trabajo a través de escritos, la enseñanza y dando conferencias y seminarios, a la vez que trabajan como asesores para comités de ética. En la actualidad, ambos están retirados.

Fuentes teóricas

Los autores definen la **sinfonología** como «el estudio de los acuerdos y los elementos necesarios para constituirlos» (Husted et al., 2015, pág. x). Aplicada a la asistencia sanitaria, es el estudio de los acuerdos entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Un acuerdo se basa en la naturaleza de la relación que se establece entre las partes implicadas en la relación. En su dimensión ética, se hace hincapié en los compromisos y obligaciones de cada uno. Si bien la teoría se desarrolló a partir de la observación del trabajo de las enfermeras en su práctica, más tarde se amplió para poder incluir a todos los profesionales sanitarios. El desarrollo de la teoría ha conducido a la construcción de un modelo de toma de decisiones basado en la práctica que sirve para orientarnos con respecto a qué acciones son apropiadas para el paciente y el profesional sanitario, y cuándo se deben emprender estas acciones. El nombre de la teoría proviene de la palabra griega *symphonia,* que significa «acuerdo».

La ética es «un sistema de normas que sirven para motivar, determinar y justificar las acciones que se realizan en pro de objetivos vitales y de metas importantes» (Husted et al., 2015, pág. 1). La ética analiza qué se debe hacer dentro del marco de las acciones que realmente pueden emprenderse, con el fin de

preservar y mejorar la vida de los seres humanos. Por tanto, los Husted describen la ética como la ciencia del bienestar.

La bioética trata de las cuestiones éticas que se suscitan en la relación entre el paciente y el profesional sanitario, e intenta determinar qué debe hacerse para preservar y mejorar la vida humana en el campo de la asistencia sanitaria. Durante el siglo pasado, los avances en nuestros conocimientos y en la tecnología cambiaron radicalmente las prácticas en los cuidados entonces existentes, y surgieron circunstancias amenazantes y confusas que no se habían encontrado previamente. El número de tratamientos y de modalidades terapéuticas aumentó rápidamente, lo que permitió que sobrevivieran muchos pacientes que, en épocas anteriores, habrían muerto. Sin embargo, la morbilidad que presentan estos pacientes supervivientes plantea nuevas cuestiones: ¿quiénes deben recibir tratamiento? ¿Cuál es el tratamiento adecuado en cada circunstancia? ¿Quién decide cuál es el tratamiento adecuado? Por esta razón, la bioética pasó a ser un tema central en lo que anteriormente había sido un entorno prescriptivo. Se vio que era esencial tener en cuenta la dimensión ética de la práctica sanitaria y no solo las cuestiones meramente científicas (Jecker, Jonsen y Pearlman, 1997). A través de la experiencia personal y de la observación del trabajo de las enfermeras, los Husted se dieron cuenta de la naturaleza cada vez más compleja de los dilemas bioéticos planteados, así como de las dificultades con las que se encontraba el sistema sanitario para darles una respuesta satisfactoria.

Para clarificar las causas de estas deficiencias detectadas en el sistema sanitario a la hora de resolver los dilemas éticos, los Husted analizaron las ideas y conceptos tradicionales que servían de guía ética al comportamiento. Entre estos conceptos se encontraban la deontología profesional, las ideas utilitaristas y emotivistas, y el relativismo social. La deontología es una ética basada en las obligaciones, en la cual las consecuencias de las acciones son irrelevantes. Uno actúa de acuerdo con normas preestablecidas, con independencia del resultado. Las limitaciones de este tipo de ética en relación con la práctica profesional del profesional sanitario son obvias, porque tiene la obligación de prever las consecuencias de sus acciones y de actuar únicamente de tal forma que el paciente

salga beneficiado. Según la ética utilitarista, el profesional sanitario debería actuar de tal forma que se consiguiera el mayor bien para el mayor número posible de personas. Sin embargo, esto es incoherente con la práctica del profesional sanitario, que actúa siempre sobre un paciente concreto e individual. Por su parte, la ética emotivista defiende que las decisiones éticas deben basarse en las emociones de los individuos implicados. El pensamiento racional no desempeña ningún papel en las decisiones emotivas, por lo que este tipo de proceso de toma de decisiones es inadecuado en el campo de la asistencia sanitaria. El relativismo social sostiene que las creencias en una sociedad son más importantes que las creencias del individuo. Esto es incongruente con la creciente diversidad de nuestro mundo cada vez más globalizado. Los Husted llegaron a la conclusión de que las dificultades que tenía el sistema sanitario para resolver los dilemas bioéticos tenían su origen en el carácter inapropiado de las teorías éticas tradicionales.

Dado que los modelos éticos tradicionales demostraron ser poco apropiados para servir de guía al comportamiento del profesional sanitario, los Husted se propusieron idear y desarrollar un modelo que sirviera al profesional sanitario para determinar cuál era la acción más apropiada desde el punto de vista ético. La teoría se basa en el razonamiento lógico y hace hincapié en el tratamiento holístico e individualizado de cada paciente. Para la construcción de la teoría aprovecharon muchas ideas de Aristóteles, Benedict Spinoza y Michael Polanyi. Estos filósofos tienen en común la defensa del pensamiento racional y la necesidad de valorar a la persona como individuo. Aristóteles, un alumno de Platón, amplió la teoría de su maestro al plantear que había otras muchas cosas en el mundo que merecían ser examinadas, aparte de la pura racionalidad. Creía que cada individuo debía desarrollar su capacidad de observación y análisis para saber de qué forma cada uno de los principios éticos podían ser aplicados en cada situación concreta (McKeon, 1941).

Spinoza fue un filósofo holandés que analizó la naturaleza de los seres humanos y del conocimiento humano. Llegó a la conclusión de que, si bien el proceso y el resultado del razonamiento humano pueden ser comparables en todos los individuos, el discernimiento y la intuición son únicos de cada persona. Spinoza pensaba que la

razón debe acompañarse de la intuición para poder así alcanzar un verdadero entendimiento (Lloyd, 1996). Fue un filósofo que se caracterizó por transformar conceptos filosóficos muy importantes y bien fundamentados en ideas nuevas y atractivas. Esto también es así en la teoría sinfonológica de los Husted, especialmente en lo que se refiere a la evolución del significado de las normas bioéticas.

Polanyi (1964) propuso que el entendimiento deriva de la conciencia de la totalidad de un fenómeno y que la experiencia vivida del fenómeno es mayor que sus partes separadas y observables. El conocimiento tácito, es decir, implícito, es necesario para comprender e interpretar lo explícito (Polanyi, 1964). Estos conceptos, la singularidad del individuo y la ampliación de la razón y la racionalidad a través de la intuición y el discernimiento para conseguir una comprensión verdadera son los fundamentos teóricos del método sinfonológico.

Principales conceptos y definiciones

Iniciativa

La **iniciativa** es la capacidad que tiene un individuo para realizar una acción dirigida a conseguir un objetivo previamente elegido. El objetivo compartido por la enfermera y el paciente es restaurar la iniciativa de este (Husted et al., 2015).

Contexto

El «**contexto** es la interrelación de todos los hechos relevantes que aparecen en una situación» (Husted et al., 2015, pág. 77). Hay tres tipos de contexto que están interrelacionados entre sí: el contexto de la situación, el contexto del conocimiento y el contexto de la conciencia de un individuo. El contexto de la situación incluye todos los aspectos de esta que sirven para comprender la situación y contribuyen a actuar de forma eficaz en ella. El contexto del conocimiento es el conocimiento preexistente en el individuo, que incluye factores habitualmente encontrados en la situación. El contexto de la conciencia del individuo es donde se interrelacionan los dos primeros contextos. Es la conciencia actual de un agente de todos los aspectos relevantes de la situación (conocimiento y

circunstancias) necesarios para comprender y actuar de forma eficaz en ella (Husted et al., 2015).

Entorno-acuerdo

El **entorno** establecido por la sinfonología se forma por un acuerdo en un contexto. El **acuerdo** es un estado compartido de conciencia sobre cuya base se produce la interacción (Husted y Husted, 2015). El acuerdo crea el entorno en el cual se desarrolla la enfermería y todas las demás interacciones humanas. Todo acuerdo está dirigido a la consecución de un objetivo final que se ha de lograr a través de las interacciones basadas en el conocimiento.

El acuerdo profesional sanitario-paciente se establece gracias a la comprensión que el profesional tiene de las necesidades del paciente. En este acuerdo, las necesidades y deseos del paciente son el elemento central. El compromiso del profesional se define en términos de las necesidades del paciente. Sin este acuerdo no existiría el contexto, necesario para que tenga lugar la interacción entre las dos partes implicadas, y, además, la relación sería ininteligible para ambos (Husted y Husted, 1999).

Salud

La **salud** es un concepto aplicable a todos los aspectos de la vida de una persona. Consiste no solo en tener un cuerpo físico sano, sino también en ser feliz. La felicidad se consigue cuando el individuo se plantea objetivos y progresa en la consecución de los mismos (Husted y Husted, 2001). La salud es un hecho evidente cuando el individuo comprende, expresa y se compromete en el respeto de las normas bioéticas fundamentales.

Enfermería

La enfermera actúa como agente del paciente, haciendo en todo momento lo que este haría por sí mismo si pudiese (Husted et al., 2015). La responsabilidad ética de la enfermera consiste en favorecer y reforzar las cualidades del paciente que favorecen la salud, el bienestar y la vida a través de su interacción con él (Fedorka y Husted, 2004).

Persona-paciente

Una persona es un individuo con una estructura de carácter única

que tiene derecho a elegir libremente sus objetivos vitales y a actuar libremente para conseguirlos (Husted et al., 2015). Estas características son exclusivas de un individuo y también pueden ser compartidas por otros (Husted y Husted, 2008). Los objetivos vitales están relacionados con la supervivencia y con la calidad de vida. Una **persona** asume el papel de **paciente** cuando ha perdido en todo o en parte su iniciativa para emprender las acciones necesarias para asegurar su supervivencia o su felicidad (Husted y Husted, 1998).

Derechos

Los derechos son el resultado de un acuerdo implícito entre seres racionales, en virtud de su racionalidad, y no consisten en aprovecharse de las acciones o del resultado de las acciones de los demás, a no ser que los demás den su consentimiento voluntario y objetivo (Husted et al., 2015). El término **derechos** hace referencia a un concepto que representa el acuerdo básico de no agresión entre personas racionales (Husted y Husted, 1997b).

Uso de datos empíricos

El estudio y el diálogo entre los dos autores, junto con el conocimiento que tenían de la evolución global del sistema sanitario y la observación de las relaciones entre las enfermeras y los pacientes, les proporcionaron una fuerte motivación para desarrollar su teoría. La tesis doctoral de G. Husted trataba del efecto que la enseñanza de los principios éticos tenía en la capacidad del alumno para utilizar estos principios de forma práctica a través del estudio de casos. J. Husted fue muy práctico al elegir el tema de la conferencia y fue elegido como consultor durante el proceso. El desarrollo de la tesis de G. Husted dio lugar a un gran número de publicaciones y conferencias antes de que en 1991 apareciera la primera edición del libro *Ethical Decision Making in Nursing*. En esta primera edición, el método sinfonológico se presentaba únicamente como un modelo conceptual; sin embargo, los Husted continuaron desarrollando sus ideas e incorporando la retroalimentación proveniente de sus alumnos, lo que condujo a la aparición de la teoría sinfonológica. Antes de la publicación de la

segunda edición, los Husted (1995a) siguieron clarificando los conceptos teóricos y desarrollaron un modelo aplicable a la práctica.

Desde 1990, la Duquesne University ofrece a sus alumnos un curso sobre esta teoría bioética, y los autores reunieron una gran cantidad de críticas, sugerencias e ideas provenientes de los alumnos, de los profesionales de enfermería y de otros expertos. La tercera edición del libro *Ethical Decision Making in Nursing and Healthcare: The Symphonological Approach* (Husted y Husted, 2001) clarificaba algunos aspectos teóricos y se trataban de forma separada los conceptos básicos y los conceptos más avanzados. Además, se hicieron algunos cambios en el modelo para representar mejor la naturaleza no lineal de la teoría cuando se aplicaba a la práctica. La cuarta edición ofrece una mayor clarificación de los conceptos y su integración en la teoría como un todo. Además, el texto se ha reorganizado para presentar los conceptos de simples a más complejos. La quinta edición, publicada en 2015, incluye como coautores a dos antiguos alumnos de doctorado que utilizan el modelo en la práctica y que se han incorporado al desarrollo y aclaración permanente del mismo. En la quinta edición, los conceptos de libertad y autoaserción se fusionan. Los autores consideran que ambos son lo mismo y solo los diferencian en el tiempo. Han optado por mantener el término *libertad,* porque la mayor parte de las personas pueden vincularse con él.

Desde el primer momento, fue evidente que era necesario y esencial hacer hincapié en el individuo. En los últimos años, se ha convertido en una práctica aceptada en la bibliografía sobre enfermería designar al paciente y a la enfermera como «él/ella» o simplemente utilizar la forma plural, refiriéndose a las enfermeras y sus pacientes. Los Husted opinan que esto distrae al lector y le impide pensar en personas reales que interactúan dentro del contexto de una situación particular. En consecuencia, han decidido referirse al paciente como *él* y al profesional de la salud como *ella* en situaciones y ejemplos particulares. Este capítulo sigue con esta práctica.

Principales premisas

Las principales premisas de esta teoría tienen su origen en el razonamiento práctico. El modelo pretende proporcionar a las enfermeras y otros profesionales sanitarios un método lógico para determinar qué acciones son más apropiadas desde el punto de vista ético. Si bien muchos de estos términos son familiares para las enfermeras y otros profesionales sanitarios, algunos han sido redefinidos por los autores para explicar la interacción humana y el cuidado ético de la salud.

Enfermería

La sinfonología sostiene que la enfermera, o cualquier otro profesional sanitario, actúa como un agente del paciente. Utilizando su formación teórica y su experiencia práctica, la enfermera hace por el paciente lo mismo que este haría por sí mismo si pudiera. La enfermería no puede existir sin la presencia de la enfermera y el paciente. «Cualquier acción que realiza la enfermera es una interacción» (Husted y Husted, 2001, pág. 37). La responsabilidad ética de la enfermera consiste en promover y reforzar a través de esta interacción las cualidades del paciente que sirven a la vida, a la salud y al bienestar de este (Fedorka y Husted, 2004).

La iniciativa es la capacidad que tiene el individuo de actuar en pro de la meta u objetivo que ha elegido. La enfermera, en tanto que agente del paciente, actúa porque este no puede hacerlo por sí mismo. El objetivo compartido por la enfermera y el paciente es restaurar la iniciativa y la capacidad del paciente. La enfermera actúa con y para el paciente para lograr este objetivo.

Persona o paciente

Los Husted definen a la *persona* como un individuo con una estructura característica que le es propia y que tiene el derecho de actuar para conseguir los objetivos vitales que se ha propuesto (Husted et al., 2015). Los objetivos vitales tienen que ver con la supervivencia y la mejora de la calidad de vida. Una persona desempeña el papel de paciente cuando ha perdido su capacidad de elegir y de actuar o ha disminuido, por lo que no puede iniciar aquellas acciones que irían a favor de su supervivencia y de su felicidad. Esta incapacidad puede tener su origen en un problema

físico o mental, o bien en la falta de conocimiento o de experiencia (Husted y Husted, 1998).

Salud

Los autores no definen explícitamente el concepto de salud. Toda la teoría se basa en un concepto de salud en el sentido más amplio y holístico. La salud es un concepto aplicable a cada uno de los aspectos de la vida de una persona. Salud es no solo el mantenimiento del estado físico del cuerpo, sino también la consecución de la felicidad. La felicidad se consigue cuando el individuo dispone de un proyecto vital, en función del cual puede plantearse metas y objetivos en cuya consecución va avanzando (Husted et al., 2015). La salud es evidente cuando el individuo experimenta, expresa y se compromete con las normas bioéticas fundamentales.

Entorno o acuerdo

El entorno que establece la sinfonología está formado por el acuerdo. «El acuerdo es un estado de conciencia compartido que sirve de base para la interacción» (Husted et al., 2015, pág. 32). El acuerdo crea el espacio en el cual tiene lugar el trabajo de enfermería y todas las demás interacciones personales. Todos los acuerdos están dirigidos hacia una meta final que debe alcanzarse a través de una interacción que se ve posibilitada por la comprensión.

El acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente se consigue por la confluencia entre las necesidades del profesional y del paciente. En este acuerdo, las necesidades y deseos del paciente desempeñan un papel central. El compromiso del profesional se define en términos de las necesidades del paciente. Sin este acuerdo, no existiría el contexto necesario para que se produzca la interacción entre el paciente y el profesional, y la relación sería ininteligible para ambos (Husted y Husted, 1999).

La teoría sinfonológica no es una recopilación de tópicos culturales tradicionales. Se trata de un método que sirve para determinar qué es práctico y justificable en lo que respecta a la dimensión ética de la práctica profesional. La sinfonología parte del punto de vista de que lo que es posible y deseable en el acuerdo

depende del contexto.

El contexto es la interrelación de los hechos relevantes en una situación determinada –es decir, los hechos que son necesarios para actuar con el fin de conseguir el objetivo deseado– (Husted y Husted, 2001). Hay tres elementos del contexto interrelacionados: el contexto de la situación, el contexto del conocimiento y el contexto de la conciencia. El contexto de la situación incluye todos los hechos relacionados con la situación que sirven para comprenderla y poner en marcha las acciones que ayudan a actuar con eficacia en dicha situación. El contexto del conocimiento es el conocimiento preexistente del agente de los hechos relevantes de la situación. El contexto de la conciencia representa una integración de la conciencia del agente de los hechos de la situación y su conocimiento preexistente sobre cómo tratar de la forma más eficaz con estos hechos (Husted y Husted, 2008).

Fundamentos teóricos

La sinfonología se clasifica como una gran teoría debido a la extensión de su alcance. Las grandes teorías estructuran los objetivos relacionados con una visión específica de la disciplina (Walker y Avant, 2011). Son más amplias que los modelos conceptuales y pueden utilizarse como un modelo para guiar la práctica y la investigación (Fawcett y Garity, 2009). Los autores desarrollaron la sinfonología basándose en el reconocimiento de que era necesario disponer de directrices teóricas para constituir un sistema ético que fuera aplicable a los cuidados de salud. La comprensión y el uso de esta teoría se basan en un elemento ético fundamental que describe la base racional de las relaciones que se establecen entre los seres humanos: los derechos humanos.

Derechos

Los Husted describen los *derechos* como el elemento ético fundamental. Tradicionalmente, los derechos se han considerado como una lista de opciones de las cuales los individuos eran titulares, una lista de elementos o acciones que los individuos tenían el derecho de realizar. La sinfonología considera los derechos

como un concepto unitario. Se trata del acuerdo implícito en la especie humana de que nadie puede obligar a otra persona a actuar o a hacer algo de una determinada manera y de que nadie se apropiará por la fuerza del producto resultante de la acción de otro. Los derechos se consideran como el acuerdo más importante entre personas racionales, el acuerdo de no agredirse (Husted y Husted, 1997a). Este acuerdo aparece cuando los seres humanos se vuelven racionales y crean una estructura social civilizada. El acuerdo de no agresión es un prerrequisito para todas las interacciones humanas civilizadas. Sirve de base a todos los demás acuerdos que los seres humanos puedan establecer. La definición formal es la siguiente: «El producto de un acuerdo implícito entre seres racionales, al que se ha llegado gracias a la racionalidad de estos, que consiste en abstenerse de conseguir que los demás realicen determinadas acciones y en aprovecharse del producto de estas acciones, a no ser por el consentimiento expreso y objetivo de los otros» (Husted et al., 2015, pág. 20). La operatividad de esta definición es evidente en la interacción humana.

La teoría sinfonológica puede garantizar la acción ética en el campo del cuidado sanitario. El acuerdo es la base de la sinfonología. Los acuerdos son posibles sobre la base de la comprensión implícita de los derechos humanos. La comprensión de la necesidad de no agresión que existe entre las personas racionales constituye la base de los derechos humanos. Esta compresión hace que la negociación y la cooperación entre los seres humanos sean posibles.

Normas éticas

Las normas éticas sirven como punto de referencia para el comportamiento ético. Estas normas incluyen términos que son familiares al profesional sanitario, como hacer el bien y evitar el mal, veracidad y confidencialidad. Sin embargo, Husted et al., 2015 han dado un nuevo significado a las normas éticas que constituyen los conceptos básicos de la sinfonología: la persona es un individuo único y el uso de la intuición y del discernimiento, además de la razón y la racionalidad para alcanzar una comprensión más profunda.

Tradicionalmente, los conceptos bioéticos se han utilizado para orientar la acción ética dando directrices concretas de acción. Por ejemplo, el concepto de hacer el bien mantiene convencionalmente que el profesional sanitario debe intentar por todos los medios no causar daño al paciente. Sin embargo, no siempre es posible predecir cómo y cuándo se producirá el daño que se intenta evitar. Por esta razón, el principio de no hacer daño constituye una meta poco realista. Considerado como un mandato, este principio podría significar también que no es ético que el profesional sanitario se defienda cuando un paciente le agrede físicamente. Asimismo, el principio de veracidad (decir la verdad) sostiene que uno debe decir siempre la verdad sin tener en cuenta las consecuencias. Por tanto, no es ético guardar silencio sobre determinada información que puede ser perjudicial. En consecuencia, el principio de veracidad puede interferir en el principio de hacer siempre el bien. Parece claro, por tanto, que la aplicación de las normas éticas tomadas como directivas concretas no permite tener en cuenta el contexto.

Las normas éticas se han redefinido, no como reglas concretas, sino como cualidades humanas o estructuras del carácter que pueden y deben ser reconocidas y respetadas en el individuo (Husted y Husted, 1995b). Por ejemplo, en términos de la teoría sinfonológica, el principio de hacer el bien y evitar el mal incluye la idea de actuar teniendo en cuenta lo que puede ser más beneficioso para el paciente, pero debe partirse de la base de aquello que el paciente considera más beneficioso para él. De esta forma, las normas éticas se convierten en presupuestos del acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente, y las decisiones éticas sirven para la toma de decisiones. Los participantes trabajan juntos con la idea implícita de que cada uno posee una serie de características humanas. La denominación y las características de las normas bioéticas han ido cambiando a lo largo del tiempo debido a la retroalimentación que han ido aportando los profesionales. La teoría sinfonológica sostiene que el paciente tiene derecho a recibir los beneficios contenidos en las normas bioéticas. En el cuadro 26.1 se muestran algunas definiciones y ejemplos de normas bioéticas.

Cuadro 26.1 Normas bioéticas

Autonomía

La *autonomía* deriva de la estructura de carácter único e irrepetible del individuo. Cada persona tiene derecho a actuar en función de sus objetivos únicos e independientes.

Hacer el bien y evitar el mal (beneficencia)

Beneficencia es la capacidad de actuar para conseguir los beneficios deseados y las exigencias vitales necesarias. Todas las personas tienen el derecho de actuar para conseguir lo que necesitan o prefieren.

Fidelidad

La *fidelidad* es una lealtad de los individuos a su estructura de carácter única e irrepetible. Todas las personas tienen derecho a mantener, gestionar y mejorar su vida. En el caso del profesional sanitario, la fidelidad al acuerdo es el compromiso con las obligaciones que ha aceptado en el desempeño de su práctica profesional.

Libertad

La *libertad* es la capacidad y el derecho de emprender una acción en función de la evaluación que el agente ha realizado de la situación. Todas las personas tienen derecho a elegir su curso de acción sin interferencias.

Objetividad

La *objetividad* es el derecho a tener una conciencia objetiva y a actuar en consecuencia. Cada persona tiene una conciencia y una percepción del universo que existe fuera de ella. Todas las personas tienen derecho a mantener, sostener y manejar la idea que elijan.

Las normas bioéticas no deben ser consideradas como directivas concretas, ni tampoco como entidades separadas unas de otras. Cada norma se mezcla y se solapa con las otras en la medida en que es representativa de la estructura del carácter único de un individuo (J. Husted, comunicación personal, marzo de 2004). Como ya se ha mencionado, el reconocimiento de estas normas es un prerrequisito para el acuerdo implícito entre el paciente y el profesional sanitario.

Cuando se reconocen y se respetan en cada individuo, estas cualidades y capacidades humanas constituyen la base de la interacción ética. Cuando no se tienen en cuenta, se pierde el contexto de la situación, en cuyo caso la interacción se basa bien en cualquier cosa aportada por las directivas concretas, o bien en el capricho de los participantes.

Certeza

En la asistencia sanitaria, hay circunstancias en las que el paciente no puede comunicar su estructura de carácter único, como ocurre en el caso de un lactante o de un paciente que se encuentra en estado de coma. El profesional sanitario tiene que interactuar con pacientes procedentes de diferentes culturas, que hablan un idioma distinto al del profesional sanitario. En estos casos, las normas bioéticas pueden proporcionar cierto grado de certeza cuando no se puede obtener un conocimiento sobre el carácter específico del paciente.

«Si no sabemos nada sobre las características únicas de un individuo, estamos justificados a actuar sobre la base de que, como miembro de la especie humana, este individuo tiene muchas cosas en común con otras personas.»

(Fedorka y Husted, 2004, pág. 58)

Estos elementos compartidos son las normas bioéticas. Cada persona necesita tener la capacidad suficiente como para actuar de acuerdo con su naturaleza única e irrepetible, así como la capacidad de conocer objetivamente su entorno y disponer de su tiempo y esfuerzos, intentar conseguir el máximo beneficio para sí mismo y evitar el daño. Cuando no se dispone de más información, está justificado que las enfermeras y otros profesionales sanitarios hagan todo lo que esté en sus manos para restaurar estas capacidades del paciente.

Modelo de toma de decisiones

En la figura 26.1 se explica la forma en la que los conceptos de la

teoría interactúan con la toma de decisiones. Los elementos de la decisión ética interactúan de la siguiente forma:

- Toda persona es un ser racional con una estructura de carácter único. Cada individuo tiene derecho a elegir y desarrollar, sin interferencias, una determinada acción de acuerdo con sus necesidades y deseos.
- Los acuerdos entre los individuos desembocan en un estado de conciencia compartido dirigido al logro de un objetivo.
- El acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente tiene como objetivo preservar y mejorar la vida del paciente.
- El contexto es la base que sirve para determinar qué acciones son éticas en el marco del acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente. «El contexto es la interrelación de los hechos relevantes de la situación –los hechos que son necesarios para actuar con el fin de conseguir el objetivo deseado, la conciencia del agente de estos hechos y el conocimiento que tiene un agente sobre cómo tratar de la forma más eficaz posible con esos hechos–» (Husted y Husted, 2008, pág. 84). De esta forma, no hay principios éticos universales.
- Las decisiones éticas son el resultado del razonamiento del contexto a una decisión más que de aplicar una decisión o principio a una situación sin tener en cuenta el contexto.

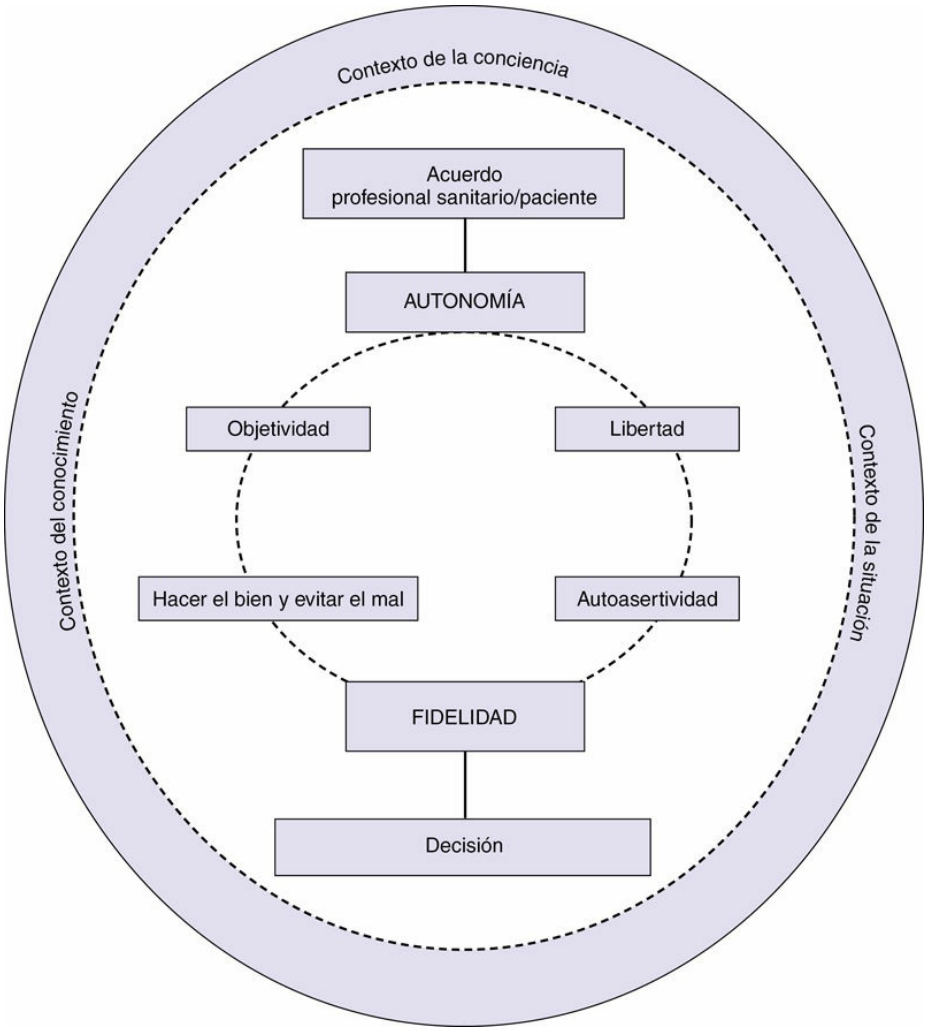


FIGURA 26.1 Modelo para la toma de decisiones bioéticas. (Husted, G.L., Husted, J. H., Scotto, C., & Wolf, K. [2015]. *Ethical decision making in nursing and healthcare* [5th ed.]. New York: Springer.)

Los Husted describen la aplicación y la práctica de estos supuestos por parte del profesional sanitario de la siguiente forma. El profesional debe comprender y realizar su trabajo con la siguiente filosofía:

«Las capacidades del paciente (autonomía) al que ahora estoy atendiendo son tales que se está dirigiendo hacia su meta (libertad) en el contexto de estas circunstancias (objetividad) debido a una razón (hacer el bien y evitar el mal). Mis capacidades como profesional (autonomía) son tales que debo actuar con el paciente (libertad interactiva) para ayudarle (a su libertad) dentro de las posibilidades (de hacer el bien y evitar el mal) en sus

circunstancias, con el fin de que obtenga todo el beneficio que sea posible (mediante la conciencia objetiva).»

(Husted y Husted, 2001, pág. 154)

Planteamiento lógico

El razonamiento abductivo, al igual que el inductivo y el deductivo, sigue un determinado patrón:

- A representa un conjunto de datos (proceso de discernir la acción ética).
- B (si es verdadero) explica A (sinfonología).
- No hay ninguna otra hipótesis que explique A tan bien como lo hace B (métodos tradicionales).
- Por tanto, B probablemente sea correcto.

La fuerza de una conclusión abductiva depende de la capacidad de B para sostenerse por sí misma, de hasta qué punto B es claramente mejor que sus posibles alternativas, de qué extensión tuvo la búsqueda de alternativas, del coste que se derivaría del hecho de que B no fuese correcta, de los beneficios que se obtendrían de que B fuese correcta y de hasta qué punto es necesario llegar a una conclusión (Josephson y Josephson, 1994).

El papel que desempeñó el método abductivo en los inicios y en el desarrollo de la teoría sinfonológica es evidente. La fuerza de esta teoría también es evidente. Los conceptos de la sinfonología pueden observarse claramente no solo en el contexto de la asistencia sanitaria, sino también en otros ámbitos de la vida. Está claro que la acción ética basada en el contexto constituido por las circunstancias particulares de un individuo es muy superior a la imposición de directivas éticas concretas que, muchas veces, se contradicen unas a otras o tienen poca relación con la situación en la que nos encontramos. El estudio extenso realizado por los autores de la filosofía del conocimiento, de la ciencia y de la condición humana avala la búsqueda exhaustiva de respuestas alternativas. El beneficio para el paciente y el profesional sanitario que se deriva de utilizar una ética basada en la práctica es inconmensurable. Por último, hay que tener en cuenta que es de la máxima importancia

desarrollar una acción ética en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Desde el desarrollo inicial de la sinfonología, el razonamiento inductivo basado en la observación y en la retroalimentación aportada por los profesionales ha proporcionado un mayor refinamiento de los conceptos y ha contribuido a clarificar las relaciones existentes entre tales conceptos.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

El modelo sinfonológico de los Husted para la toma de decisiones éticas (Husted y Husted, 2001) fue desarrollado como un modelo práctico para aplicar los conceptos de la sinfonología. Este modelo, que hace hincapié en la centralidad del individuo y en la necesidad de razonar en función del contexto, es vital para los sistemas de salud existentes y emergentes. El modelo proporciona un marco filosófico para asegurar el proceso de cuidar de manera ética por parte de las enfermeras y otros profesionales sanitarios. Al contrario de lo que sucede con los modelos tradicionales, el modelo sinfonológico proporciona un proceso de toma de decisiones que puede justificarse desde el punto de vista lógico. El North Memorial Medical Center en Robbinsdale, Minnesota, adoptó el modelo para ser utilizado por sus comités de ética de enfermería.

La intención de atender a aquellos que lo necesitan es el elemento central de la profesión de enfermería. Hartman (1998) señala que existe intención de atender cuando las enfermeras se dan cuenta de que las normas bioéticas están tan entrelazadas con la asistencia sanitaria misma que conforman un círculo perfecto de justificación ética. Enns y Gregory (2006) propusieron que la enfermería está perdiendo la esencia y la práctica de los cuidados debido al cambiante entorno de la atención sanitaria. La sinfonología ofrece un método de atención al paciente basado en la práctica de la siguiente forma:

«Un método basado en la práctica deriva de la situación del

paciente, del objetivo de la asistencia sanitaria que se está prestando, del contexto en el que esta asistencia está teniendo lugar y del papel que desempeña la enfermera. Por tanto, el método pretende ser adecuado para todo lo anterior. Cuanto más restringe la práctica un sistema ético y en mayor medida se basa en principios abstractos, más separados quedarán la enfermera y el paciente uno de otro.»

(Husted y Husted, 1997b, pág. 14)

Muchas enfermeras trabajan en centros médicos en los que existen protocolos y las vías críticas. La utilización del método sinfonológico puede servir para que la práctica de la enfermería sea ética, sin que ello implique que sea prescriptiva. Esto es particularmente importante cuando se considera la toma de decisiones para quienes no pueden ya tomar decisiones por sí mismos (Gropelli, 2005). A menudo, los pacientes en urgencias clínicas no son capaces de participar en la toma de decisiones. La sinfonología ofrece un método para garantizar que la conclusión y las acciones éticas se basan en los mejores intereses del individuo (Fedorka y Husted, 2004).

Ofrecer una asistencia sanitaria que tenga en cuenta las diferencias culturales de los pacientes es cada vez más importante, dado que los sistemas sanitarios están cambiando en respuesta a la globalización de la sociedad (Chenowethm et al., 2006; Wehbe-Alamah, 2008; Zoucha y Broome, 2008). Si bien los factores culturales pueden ser útiles para organizar la atención al paciente, las enfermeras también deben tener en cuenta el grado de compromiso que cada paciente tiene con las creencias y valores tradicionales de su cultura. De esta forma, la enfermera se asegurará de que está atendiendo a un individuo concreto, no a una cultura a la que pertenece (Zoucha y Husted, 2000). Utilizando el modelo de los Husted, la atención de enfermería se lleva a cabo dentro del contexto configurado por las circunstancias concretas del paciente, y se evita la imposición de un falso contexto, ya sea cultural o de otro tipo. Brown (2001b) está de acuerdo en utilizar la teoría sinfonológica como instrumento para la discusión y la educación del paciente con respecto a las directivas avanzadas. Las normas bioéticas se utilizan como guía de la discusión sobre qué

tipo de tratamiento aceptaría el paciente en determinadas circunstancias. Hardt (2004) propuso una intervención para enfermeras con dilemas éticos. La aparición de equipos de salud como método de atención exhaustiva consigue que muchos especialistas diferentes colaboren para atender a las necesidades de los pacientes. El solapamiento de funciones y el desacuerdo sobre los objetivos que deben plantearse pueden causar una gran confusión entre los miembros del equipo. La sinfonología se centra en el paciente, por lo que puede servir como un punto de partida común para iniciar y mejorar la colaboración de los diferentes profesionales sanitarios que forman el equipo de salud. La sinfonología puede aplicarse a todas las disciplinas sanitarias. Khechane (2008) desarrolló un modelo para la práctica de los cuidados pastorales basado en la sinfonología. Mediante la utilización del modelo de toma de decisiones, los profesionales de los cuidados pastorales proporcionan alivio a los que sufren por medio de las normas bioéticas.

Formación

Con la divulgación de la sinfonología, es fácil integrarla en la formación de la enfermería. Cada vez es más amplio el conjunto de estudios sobre ética incluidos en los planes educativos de la enfermería, no ya como un tema independiente, sobre todo entre los estudiantes de Enfermería Avanzada. La amplia aplicabilidad de la sinfonología hace de ella un marco de trabajo excelente para los planes de estudios de enfermería. Los estudiantes de los primeros cursos pueden comprender y aplicar con facilidad los conceptos teóricos. Mediante el empleo de esta teoría como base para las interacciones de enfermería se dirige al estudiante en la práctica ética desde el principio de su aprendizaje. El concepto de contexto puede utilizarse como base para la valoración. Las normas bioéticas dirigen al estudiante en la elección de los enfoques apropiados, los tiempos y el tipo de intervenciones para cada paciente. Dado su enfoque holístico y su preocupación central por el paciente, la sinfonología puede incorporarse con facilidad en los planes de estudios existentes de enfermería.

Brown (2001a) ha señalado la importancia de la interacción ética

entre el profesor y el alumno en las escuelas de enfermería. El acuerdo, en este caso, es más explícito, dado que ambas partes son más conscientes de los compromisos y responsabilidades. El reconocimiento de las normas bioéticas tanto en el profesor como en el alumno sirve para orientar las acciones éticas entre ellos. Sobre todo, el profesor y el alumno caen en la cuenta de que el acuerdo profesor-alumno-paciente ocupa un lugar central en el proceso de aprendizaje.

El modelo de los Husted no solo identifica y organiza los valores profesionales y los principios éticos que los alumnos deben tener en cuenta, sino que además ayuda a los profesores a seguir una orientación ética profesional coherente. Cutilli (2009) utilizó aplicaciones de casos clínicos con el enfoque de la teoría de la sinfonología para la educación del paciente y de su familia. Burger et al. (2014) utilizaron el modelo de Husted para analizar la falta de urbanidad entre los profesionales en formación. El modelo aporta un mecanismo basado en unos estándares bioéticos para explorar las interacciones y facilita la toma de decisiones éticas dentro de las interacciones. Este trabajo llevó a la conclusión de que la integración de la ética en la educación es clave para la formación de las enfermeras.

Gestión

Las personas que trabajan en la gestión de los servicios sanitarios toman decisiones a varios niveles. Estos profesionales son responsables de la comunidad en su totalidad y de la viabilidad económica de los centros de la comunidad, los profesionales y las personas atendidas. Hardt (2004) describió cómo los gestores utilizan los principios de la sinfonología para orientarse en la toma de decisiones con el fin de que estas sean éticamente justificables. A nivel comunitario e institucional se plantean los servicios necesarios que realiza la institución. En aquellos casos en los cuales las distintas instituciones sanitarias no pueden prestar estos servicios, se deben buscar otros recursos disponibles en la zona y centralizarlos en el centro de salud de tal forma que este no tenga que hacer un esfuerzo económico que lo sobrepase. En lo que respecta a trabajadores, la preocupación de los administradores

abarca tanto las relaciones interpersonales como la calidad del cuidado que se presta. La sinfonología sirve para orientar las decisiones a fin de encontrar soluciones equitativas. Por ejemplo, un trabajador puede librarse de una dura sanción laboral por absentismo si es capaz de demostrar que las circunstancias en las que trabaja le han llevado a un estado de agotamiento tal que no puede asistir al trabajo. Esto también es así en lo que respecta a la política con respecto al comportamiento de los trabajadores. La política ética proporciona directrices que permiten estudiar la situación, y lo hace mejor que las reglas prescritas que contienen directivas concretas de actuación. Con respecto a los pacientes, los gestores actúan como modelos y asesores cuando se trata de resolver problemas éticos.

Hardt y Hopey (2001) también han descrito las situaciones problemáticas que tienen lugar en los centros sanitarios privados. Entre estas dificultades se encuentran la negativa de la institución a proporcionar asistencia sanitaria a un paciente que, según los profesionales sanitarios, debe ser atendido teniendo en cuenta su estado de salud y las demandas inadecuadas de asistencia que muchas veces hacen los pacientes y los familiares. Utilizando los principios de la sinfonología, los profesionales sanitarios pueden analizar el contexto y determinar cuál o cuáles son las acciones éticas apropiadas en cada caso, en el marco de los acuerdos implícitos y explícitos.

Los gestores y administradores de enfermería pueden utilizar también la sinfonología para mediar en situaciones inapropiadas entre los pacientes y los profesionales de enfermería (Bavier, 2007) –por ejemplo, los casos en los que los pacientes quieren entregar un regalo inadecuado como signo de reconocimiento a una enfermera en particular–.

Investigación

La sinfonología es útil en la investigación en lo que respecta al acuerdo investigador-sujeto. La relación profesional sanitario-paciente es, hasta cierto punto, implícita; sin embargo, la relación entre el investigador y el sujeto debe ser totalmente explícita. Brown (2001c) recomienda utilizar las normas bioéticas para la

elaboración de los formularios de consentimiento informado éticos. Especialmente cuando el investigador trabaja con poblaciones vulnerables, el consentimiento de la persona que representa al sujeto es más aceptable y se puede obtener más fácilmente si se utilizan las normas bioéticas para hacer que el bien del sujeto pase a un primer plano.

Evolución

El proceso para comprobar la validez de la teoría sinfonológica se compone de dos fases. En primer lugar, en un estudio cualitativo se examinaron la percepción y el grado de satisfacción de las enfermeras, los pacientes y los familiares con respecto a la toma de decisiones éticas en el marco de la asistencia sanitaria (Husted, 2001). Los resultados de este estudio se utilizaron para desarrollar escalas analógicas visuales con el fin de medir las opiniones y sentimientos de las enfermeras y de los pacientes. En la segunda fase, se realizó un estudio piloto para evaluar estas escalas. El alfa de Cronbach para la escala de las enfermeras fue de 0,74, y de 0,82 para la escala de los pacientes (Husted, 2004).

Irwin (2004) utilizó una muestra de 30 sujetos que participaron en el proceso de toma de decisiones sobre diferentes asuntos relacionados con la asistencia sanitaria y el tratamiento durante el tiempo que duró la hospitalización en una unidad de pacientes agudos. El estudio tenía como objetivo determinar lo siguiente: 1) si los conceptos clave de la teoría sinfonológica describían bien la experiencia de los sujetos que se ven implicados en los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la asistencia sanitaria, y 2) si la aplicación del modelo de toma de decisiones permitía a las enfermeras y a los pacientes tomar decisiones éticamente justificables. Los resultados de este estudio indican que los pacientes expresaban todos los conceptos de la sinfonología cuando hablaban de las experiencias que habían tenido en la toma de decisiones sobre asuntos relacionados con la asistencia sanitaria. Los análisis estadísticos pretest y postest de la Escala de Preferencias en la Toma de Decisiones Bioéticas para las puntuaciones de los pacientes demostraron que los sujetos tenían una experiencia más positiva al haber estado implicados en la toma

de decisiones (p = 0,02), pensaban que ahora tenían más conocimientos (p = 0,013), sentían menos frustración (p = 0,014) y percibían que tenían más sensación de poder (p = 0,009) después de la intervención. Estos resultados hablan a favor de la validez de la teoría sinfonológica. Esta teoría puede utilizarse para describir la experiencia de ser implicados en la toma de decisiones, y la sinfonología es útil como modelo para ayudar a los pacientes en el proceso de tomar estas decisiones.

Un graduado utilizó la herramienta de análogos visuales de enfermería para determinar cómo se sentían las enfermeras al afrontar aspectos de revelación con los pacientes y obtuvo un valor de la alfa de Cronbach de 0,82 (Bavier, 2003). Se sigue analizando la teoría; un doctorando analizó los datos de un estudio diseñado para determinar el efecto de una intervención educativa basada en la sinfonología sobre el rendimiento en la toma de decisiones éticas de estudiantes de Enfermería de nivel avanzado y comparó el grado de comprensión de la aplicación de la sinfonología frente a otras teorías por parte de los estudiantes (Mraz, 2012).

Crítica

Claridad

En *Ethical Decision Making in Nursing* (Husted y Husted, 1995a), los autores presentaban los nuevos conceptos que constituían la teoría sinfonológica, así como la relación existente entre estos conceptos. El libro puede resultar difícil de seguir para enfermeras principiantes porque los conceptos más profundos, supuestamente dirigidos a profesionales avanzados, están incluidos junto con las ideas básicas. La tercera edición de *Ethical Decision Making in Nursing and Healthcare: The Symphonological Approach* empieza con los conceptos básicos necesarios para comprender y utilizar la teoría, y en los últimos capítulos expone los conceptos más avanzados (Husted y Husted, 2001). Además de esta mejora, en la tercera edición se observa una mayor claridad en todos los conceptos, especialmente en lo que respecta a las normas bioéticas. Las tablas y figuras de la cuarta edición ofrecen una claridad aún mayor, además de incluir un manual de fácil manejo para el

profesor.

Este libro cuestiona los métodos tradicionales de pensamiento, por lo que es necesario que el lector desarrolle un tipo diferente de comprensión de una serie de conceptos que a todos nos son familiares. La presentación de casos y ejemplos ofrece al lector la posibilidad de reconocer y comprender la importancia de manejar los conceptos tradicionales de una forma diferente y más amplia. El libro está escrito en tono de conversación, lo que lo hace más atractivo y facilita la comprensión de un tema de por sí complicado.

Sencillez

Lo primero que hacen los autores es cuestionar la verdad y la eficacia de las ideas tradicionales sobre el comportamiento ético y el proceso de toma de decisiones. Esta cuestión es sencilla si el lector se muestra dispuesto a mirar sin prejuicios y de forma diferente los sucesos propios de la enfermería. Una vez que el lector acepta el reto, la sencillez de la teoría es evidente. Hay pocos conceptos y la relación lógica entre ellos se puede comprender fácilmente a partir de las definiciones. El modelo muestra claramente los elementos que componen el proceso de razonamiento ético y la forma en la que estos elementos se relacionan entre sí.

Generalidad

La sinfonología puede aplicarse a todos los niveles de la práctica de la enfermería y en todas las áreas de la asistencia sanitaria. Los principios de la teoría pueden aplicarse a la relación entre la enfermera y el paciente, entre el investigador y el sujeto, entre el gestor de los servicios sanitarios y el trabajador, y entre el profesor y el alumno. Cualquier profesional sanitario puede utilizar la sinfonología para determinar los comportamientos éticos adecuados en su práctica profesional. También puede utilizarse para establecer estrategias de asistencia sanitaria en las que estén implicadas cuestiones éticas. En realidad, se trata de una teoría que puede aplicarse en cualquier área de la vida, dependiendo de la naturaleza del acuerdo entre las partes implicadas.

Accesibilidad

La sinfonología es una teoría basada en los principios éticos y está sustentada en la realidad. Las pruebas han respaldado el uso de la teoría en la investigación de decisiones en la práctica enfermera, y la realidad de la utilidad de la teoría en la práctica resulta evidente. Los profesionales de enfermería y de atención sanitaria en general pueden comprender con facilidad los conceptos y aplicarlos a todas las situaciones. El resultado de utilizar el modelo sinfonológico es una decisión centrada en el paciente y justificada éticamente.

Importancia

Ser capaces de identificar las acciones éticas en la atención sanitaria es de vital importancia para los pacientes, los profesionales de la atención sanitaria y la industria de la atención sanitaria en sí. La comprensión de los dilemas éticos de la práctica de la enfermería es importante para la formación, la investigación y la práctica en esta disciplina. Antes de que un profesional de enfermería o de cualquier ámbito de la atención sanitaria ejecute una acción (con independencia de la eficacia que haya tenido dicha acción en el pasado), es preciso justificarla desde un punto de vista ético para el paciente de que se trate. La confianza en directivas concretas que guíen la acción es útil para dichas directivas, pero solo sirve al paciente por casualidad. Por tanto, es esencial aplicar una teoría ética basada en la práctica para ejercer la enfermería y la atención sanitaria.

Resumen

Los Husted se dieron cuenta de que los métodos tradicionales utilizados para la toma de decisiones éticas eran insuficientes para tratar los problemas bioéticos con los que nos encontramos cada vez con mayor frecuencia en unos sistemas de asistencia sanitaria que están en continua evolución. Por esta razón, los autores desarrollaron una teoría ética y un modelo para la toma de decisiones basados en una combinación del pensamiento racional, por un lado, y los principios éticos, la intuición y la comprensión, por otro. La teoría se basa en el concepto específico de los derechos humanos, considerados como el acuerdo esencial de que no se

produzcan agresiones entre seres racionales, un acuerdo que, a su vez, es el fundamento de cualquier forma de interacción humana. Teniendo en cuenta esto, el paciente y el profesional sanitario pueden y deben llegar a un acuerdo para actuar teniendo como meta los objetivos del primero. Un prerrequisito para que este acuerdo pueda tener lugar es el reconocimiento y el respeto hacia la persona, considerada como una estructura única e irrepetible de la que derivan una serie de propiedades, como la libertad, la objetividad, la intención de hacer el bien y evitar el mal y la fidelidad. Las decisiones éticas se toman en el contexto de una situación concreta, utilizando para ello el conocimiento que deriva de la propia situación. La teoría sinfonológica y el modelo para la práctica permiten tomar decisiones éticamente justificables e individualizadas.

Caso clínico

Alvin, un hombre de 66 años, lleva hospitalizado 12 semanas con politraumatismo debido a un accidente de tráfico. Su estado ha ido empeorando día a día y el pronóstico es muy grave. No está plenamente consciente, pero hace muecas con la cara y retira el cuerpo cuando se le aplica un estímulo doloroso. Antes de sufrir el accidente, Alvin había firmado un testamento vital y habló con su familia sobre su deseo de no ser mantenido con vida en caso de estar gravemente enfermo o traumatizado y de que no fuera posible conseguir la recuperación. Los profesionales sanitarios que atienden a Alvin le han dicho a la familia que, a pesar del tratamiento intenso al que está siendo sometido el paciente, muchos órganos y sistemas del organismo están fallando. Incluso en el caso de que Alvin sobreviviera, no hay ninguna posibilidad de que pueda vivir sin la ayuda permanente de un respirador mecánico, debido a que sus pulmones han quedado muy dañados. Los profesionales sanitarios recomiendan tratamiento de apoyo y no dar orden de reanimación. La mayoría de los miembros de la familia expresan su deseo de que el paciente esté cómodo y sin molestias. Dos miembros de la familia creen que Alvin sobrevivirá y se recuperará, por lo que se niegan a aceptar las recomendaciones de los profesionales sanitarios, y quieren que Alvin reciba cualquier tipo de tratamiento disponible para mantenerlo con vida.

Análisis del caso

- Autonomía: se debe dar prioridad al deseo de Alvin sobre los deseos de la familia.
- Libertad: no tener en cuenta los deseos del paciente supone una violación de su libertad.
- Objetividad: los sentimientos subjetivos de dos miembros de la familia están en conflicto con la realidad objetiva. Solo cabe tener en cuenta los sentimientos del paciente a la hora de tomar una decisión ética.
- Intención de hacer el bien y evitar el mal: los objetivos del paciente no pueden conseguirse mediante un tratamiento enérgico y, además, este tipo de tratamiento puede causarle aún más daño.
- Fidelidad: el acuerdo al que llegaron Alvin y los profesionales sanitarios fue que estos actuarían como agentes del paciente para conseguir los objetivos que fuera posible lograr.

Actividades de pensamiento crítico

Utilizando el modelo de Husted, analice las siguientes situaciones éticas:

1. Cristina, una mujer de 46 años, lleva 2 semanas hospitalizada debido a un traumatismo. Se encuentra en un estado muy grave, pero ha empezado a mostrar signos de recuperación. Los profesionales sanitarios que la atienden dicen que necesita una transfusión, ya que de esta forma seguiría recuperándose. Sin embargo, Cristina y su familia pertenecen a una comunidad religiosa que prohíbe las transfusiones. El marido de la paciente y un líder religioso de la comunidad que profesa Cristina han dejado claro que no se realizará ninguna transfusión a la paciente, sean cuales sean las consecuencias. Cuando estas dos personas se van del hospital después de haber visitado a la paciente, Cristina le dice a una enfermera que le gustaría que le hicieran la transfusión, pero solo si no se le dice nada a su familia. ¿Qué debe hacer la enfermera?

2. Ángela, una mujer de 34 años, se está muriendo de cáncer de pulmón. A pesar del consejo y el apoyo que recibe, se siente muy asustada. Cuando su muerte es inminente no para de gritar: «¡No me dejéis morir! ¡No me dejéis morir!». A pesar de los esfuerzos, Ángela muere antes de que su marido llegue al hospital. Al llegar, pregunta: «¿Cómo se sentía? ¿Estaba asustada?». ¿Qué debería decirle la enfermera al marido?
3. Johnny, un niño de 7 años, está ingresado en un hospital psiquiátrico debido a que ha sido diagnosticado de tricotilomanía (hábito compulsivo de arrancarse el cabello o el vello). Sus padres están muy preocupados por este comportamiento destructivo y habían sometido al niño a una serie de castigos cada vez que le veían arrancándose el pelo. En el hospital, se ha sorprendido a Johnny varias veces incurriendo en este comportamiento. Cuando los padres llegan al hospital para visitar a su hijo, preguntan a la enfermera cuántas veces se ha arrancado el pelo. ¿Qué debe contestarles la enfermera?
4. Eugene, un hombre de 47 años, padece varias enfermedades crónicas. A pesar de la información y de la ayuda que ha recibido, Eugene se niega a seguir los tratamientos que se le han prescrito. Mark es un enfermero especializado en asistencia domiciliaria que visita a Eugene en su casa desde hace varios meses, pero ha progresado poco en ayudar a Eugene a mejorar su salud. Un día, hablando de la necesidad de que el paciente siguiera el tratamiento que se le ha indicado, Eugene le dice a Mark que no piensa cambiar de actitud. ¿Está justificado que Mark solicite el permiso del médico para dejar de ir a casa de Eugene?
5. Agnes es una enfermera que trabaja en un servicio hospitalario que siempre está lleno de pacientes. El señor Brown es un paciente que frecuentemente le pide a Agnes que deje lo que está haciendo para responder preguntas y realizar tareas para él que no son urgentes. Los otros pacientes se han quejado de que Agnes no los atiende con diligencia. ¿Qué debe hacer Agnes? ¿De qué forma puede justificar su decisión?

6. Burt, un paciente maníaco-depresivo de 34 años, vive en una casa compartida con otras personas. En ocasiones, deja de tomarse los fármacos y desaparece durante semanas. Ha sido arrestado por vagabundo, pero nunca ha sido violento. Dice que le gusta «irse de vacaciones» porque los medicamentos que toma hacen que su vida sea muy aburrida, sosa y difícil. La familia de Burt ha llamado al responsable del piso tutelado para insistir en que Burt debe tomar la medicación todos los días y pedir que se le vigile para asegurarse de que la toma. ¿Qué debe decir el responsable del piso tutelado a la familia? ¿De qué forma debe justificar las diferentes decisiones que puede tomar?

Referencias para ampliar conocimientos

- Burger, K., Kramlich, D., Malitas, M., Page-Cutrara, K., & Whitfield-Harris, L. (2014). Application of the symphonological approach to faculty-to-faculty incivility in nursing education. *Journal of Nursing Education, 53*(10), 563–568.
- Husted, J., Husted, G., Scotto, C., & Wolf, K. (2015). *Ethical decision making in nursing and healthcare* (5th ed.). New York: Springer.

Bibliografía

Bavier, A. (2003). *Types of disclosure discussion between oncology nurses and their patients/families: An exploratory study*. Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh, PA.

Bavier A. Practice matters. Beyond a box of chocolates. *American Nurse Today*. 2007;11(2):14–15.

Brown B. The educator student/patient agreement. In: Husted GL, Husted JH, eds. *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach*. 3rd ed. New York: Springer; 2001:215–217.

Brown B. The professional/patient agreement and advanced directives. In: Husted GL, Husted JH, eds. *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach*. 3rd ed. New York: Springer; 2001:233–237.

Brown B. The researcher/subject agreement. In: Husted GL, Husted JH, eds. *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach*. 3rd ed. New York: Springer; 2001:229–231.

Chenowethm L, Jeon Y, Goff M, Burke C. Cultural competency and nursing care: An Australian perspective. *International Nursing Reviews*. 2006;53:34–40.

Cutilli CC. Ethical considerations in patient and family education: Using the symphonological approach. *Orthopaedic Nursing*. 2009;28(4):187–192.

Enns C, Gregory D. Lamentation and loss: Expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(4):339–347.

Fawcett J, Garity J. *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2009.

Fedorka P, Husted GL. Ethical decision making in clinical emergencies. *Topics in Emergency Medicine*. 2004;26:52–60.

Gropelli T. A decision for Sam. *Journal of Gerontological Nursing*. 2005;31(1):45–48.

Hardt M. Core then care: The nursing leader's role in caring. *Nursing Administration Quarterly*. 2001;25(3):37–45.

Hardt, M. (2004). *Efficacy of a symphonological intervention in promoting a positive experience for nurses and patients experiencing bioethical dilemmas*. Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh, PA.

Hartman R. Revisiting the call to care: An ethical perspective. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1998;4(2):14–18.

Husted GL. The feelings nurses and patients/families experience when faced with the need to make bioethical decisions. *Nursing Administration Quarterly*. 2001;25(3):1–9.

Husted, G.L. (2004). *The feelings of nurses and patients/families involved in the bioethical decision making process: The psychometric testing of two instruments.* Unpublished manuscript, Duquesne University, Pittsburgh, PA.

Husted GL, Husted JH. *Ethical decision making in nursing*. St Louis: Mosby; 1991.

Husted GL, Husted JH. *Ethical decision making in nursing*. 2nd ed. St Louis: Mosby; 1995.

Husted GL, Husted JH. The bioethical standards: The analysis of dilemmas through the analysis of persons. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1995;1(2):69–76.

Husted GL, Husted JH. An ethical defense against the plague of cloning. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997;3(2):82–84.

Husted GL, Husted JH. Is a return to a caring perspective desirable? *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997;3(1):14–17.

Husted GL, Husted JH. *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach*. 3rd ed. New York: Springer; 2001.

Husted GL, Husted JH. *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach*. 4th ed. New York: Springer; 2008.

Husted GL, Husted JH, Scotto C, Wolf K. *Ethical decision making in nursing and healthcare*. 5th ed. New York: Springer; 2015.

Husted JH, Husted GL. The role of the nurse in ethical decision making. In: DeLoughery G, ed. *Issues and trends in nursing*. St Louis: Mosby; 1998:216–242.

Husted JH, Husted GL. Agreement: The origin of ethical action. *Critical Care Nursing*. 1999;22(3):12–18.

Irwin, M. (2004). *Effect of symphonology on patients' experience of involvement in health care decision making: A qualitative and quantitative study*. Unpublished dissertation, Duquesne University, Pittsburgh, PA.

Jecker N, Jonsen A, Pearlman R. *Bioethics: An introduction to the history, methods and practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 1997.

Josephson J, Josephson S. *Abductive inference: Computation, philosophy, technology*. New York: Cambridge University Press; 1994.

Khechane M. Application and adaptation of the symphonology bioethical theory (SBT) in pastoral care practice. *Hervormde Teologiese Studies*. 2008;64(2):959–976.

Lloyd G. *Spinoza and the ethics*. New York: Routledge; 1996.

McKeon R, ed. *The basic works of Aristotle*. New York: Random House; 1941.

Mraz, M. (2012). *The impact of the symphonological approach to ethical decision making on advanced level nursing students*. Unpublished dissertation. Duquesne University, Pittsburgh, PA.

Polanyi M. *Personal knowledge*. New York: Harper & Row; 1964.

Walker L, Avant K. *Strategies of theory construction in nursing*. 5th ed. Boston: Prentice Hall; 2011.

Wehbe-Alamah H. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. *Contemporary Nurse*. 2008;28(1):83–97.

Zoucha R, Broome B. The significance of culture in nursing: Examples from the Mexican-American culture and knowing the unknown. *Urologic Nursing*. 2008;28(2):140–142.

Zoucha R, Husted G. The ethical dimensions of delivering cultural congruent nursing and health care. *Issues in Mental Health Nursing*. 2000;21(3):325–340.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Husted GL, Husted JH. Strength of character through the ethics of nursing. In: Osgood S, ed. *Essential readings in nursing managed care*. Gaithersburg, MD: Aspen; 1999:102–106.

Husted GL, Husted JH. The ethical experience of caring for vulnerable populations: The symphonological approach. In: DeChesnay M, ed. *Caring for vulnerable populations*. St Louis: Mosby; 2005:71–79.

Husted J, Husted G, Scotto C. Ethics and the advanced practice nurse. In: Joel A, ed. *Advanced Practice Nursing*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2012:522–543.

Artículos de revistas

Husted GL, Husted JH. The bioethical standards: The analysis of dilemmas through the analysis of persons. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1995;1(2):69–76.

Husted GL, Husted JH. Ethical dilemmas: Time and fidelity. *American Journal of Nursing*. 1996;96(11):74.

Husted GL, Husted JH. A modest proposal concerning policies. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997;3(3):17–19.

Husted GL, Husted JH. An ethical defense against the plague of cloning. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997;3(2):82–84.

Husted GL, Husted JH. An ethical examination of in-vitro fertilization and cloning. *AORN Journal*. 1997;65(6):1–2.

Husted GL, Husted JH. Is a return to a caring perspective desirable? *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997;3(1):14–17.

Husted GL, Husted JH. Is cloning moral? *Nursing and Health Care: Perspectives on Community*. 1997;18:168–169.

Husted GL, Husted JH. Ethical balance versus ethical anomaly. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1998;4(1):51–53.

Husted GL, Husted JH. Strength of character through the ethics of nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1998;3(4):23–25.

Husted GL, Husted JH. With the ethical agreement: Where are you now? *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1998;4(2):34–35.

Husted JH, Husted GL. When is a health care system not an ethical health care system? Suspending the do-not-resuscitate order in the operating room. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2000;12:157–163.

Husted GL, Miller MC, Brown B. Test of an educational brochure on advance directives designed for the well-elderly. *Journal of Gerontological Nursing*. 1999;25(1):34–40.

Husted GL, Miller MC, Zaremba JA, Clutter SL, Jennings KR, Stainbrook D. Advance directives and what attracts elderly people to particular brochures. *Journal of Gerontological Nursing*. 1997;23(2):41–45.

Zoucha R, Husted GL. Is delivering culturally congruent psychosocial healthcare ethical? *Issues in Mental Health Nursing*. 2000;21(3):325–340.

Zoucha RD, Husted GL. The ethical dimensions of delivering culturally congruent nursing and health care. *Review Series Psychiatry, Sweden*. 2002;3:10–11.

Fuentes secundarias

Libros

Burkhardt MA, Nathaniel AK. *Ethics and issues in contemporary nursing*. 2nd ed. Clifton Park, NJ: Delmar; 2002.

Daly J, Speedy S, Jackson D. *Professional nursing: Concepts, issues, and challenges*. New York: Springer; 2005.

de Chesnay M, Anderson B. *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2008.

Fry S, Johnstone M. *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*. Malden, MD: Blackwell Science; 2002.

Artículos de revistas

Anderson J, Biba S, Hartman RL. Ethical case comment. To tell or not to tell… the case for ethical analysis. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1996;15(6):318–323.

Baldonado A. Ethnicity and morality in a multicultural world. *Journal of Cultural Diversity*. 1996;3(4):105–108.

Best JT. Effective teaching for the elderly: Back to basics. *Orthopedic Nursing*. 2001;20(3):46–52.

Bridger JC. A study of nurses' views about the prevention of nosocomial urinary tract infections. *Journal of Clinical Nursing*. 1997;6(5):379–387.

Brown B. Historical perspectives. The history of advance directives: A literature review. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003;29(9):4–14.

Burcham JLR. Cultural competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*. 2002;37(4):5–15.

Caitlin A. Pediatric ethics, issues, & commentary. Creating a beginning ethics library. *Pediatric Nursing*. 1997;23(5):495–496.

Cioffi R. Communicating with culturally and linguistically diverse patients

in an acute care setting: Nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*. 2003;40(3):299–306.

Claassen M. A handful of questions: Supporting parental decision making. *Clinical Nurse Specialist*. 2000;14(4):189–195.

DeLikkis A, Sauer R. Respect as ethical foundation for communication in employee relations. *Laboratory Medicine*. 2004;35(5):262–266.

Dennis B. The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of Professional Nursing*. 1999;15(5):281–287.

Goldblatt D. A messy necessary end—Health care proxies need our support. *Neurology*. 2001;56(2):148–152.

Groupp E. Recruiting seniors with chronic low back pain for a randomized controlled trial of a self-management program. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*. 2005;28(2):97–102.

Hardt M. Core then care: The nurse leader's role in "caring". *Nursing Administration Quarterly*. 2001;25(3):37–45.

Hunt S. Ethics of resource distribution: Implications for palliative care services. *International Journal of Palliative Nursing*. 1996;2(4):222–226.

Jeffery D. Adapting de-escalation techniques with deaf service users. *Nursing Standard*. 2005;19(49):41–47.

Jirwe M. The theoretical framework of cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health*. 2006;12(3):6–16.

Johnson JE. Six steps to ethical leadership in health care. *Patient Care Management*. 2002;18(2):5–9.

Mariano C. Holistic ethics. *American Journal of Nursing*. 2001;101(1 part 1): Hospital Extra: 24A-C.

Martindale A, Collins D. Professional judgment and decision making: The role of intention for impact. *The Sport Psychologist*. 2005;19(3):303–313.

McFadden EA. Moral development and reproductive health decisions. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1996;25(6):507–512.

Oberle K, Tenove S. Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*. 2000;7(5):425–438.

Oddi LF, Cassidy VR, Fisher C. Nurses' sensitivity to the ethical aspects of clinical practice. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*. 1995;2(3):197–209.

Perry J. Resisting vulnerability: The experiences of families who have kin in hospital—a feminist ethnography. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(2):173–184.

Reveillere C, Pham T, Masclet G, Nandrino JL, Beaune D. The relationship between burn-out and personality in care-givers in a palliative care unit. *Annals Medico Psychologiques*. 2000;158(9):716–721.

Rice VH, Beck C, Stevenson JS. Ethical issues relative to autonomy and personal control in independent and cognitive impaired elders. *Nursing Outlook*. 1997;45(1):27–34.

Roberson D. Inequities in screening for sexually transmitted infections in African American adolescents: Can health policy help? *Journal of Transcultural Nursing*. 2007;18(3):286–291.

Saulo M. How good case managers make tough choices: Ethics and mediation. Part I. *Journal of Care Management*. 1996;2(1):8: 10, 12.

Scotto C. A new view of caring. *Journal of Nursing Education*. 2003;42(7):289–291.

Scotto C. Symphonological bioethical theory. In: Tomey AM, Alligood MR, eds. *Nursing theorists and their work*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2005:584–601.

Sellar B. Subjective leisure experiences of older Australians. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2006;53(3):211–219.

Simko L. Adults with congenital heart disease: Utilizing quality of life and Husted's nursing theory as a conceptual framework. *Critical Care Nursing Quarterly*. 1999;22(3):1–11.

Steckler J. Examination of ethical practices in nursing continuing education using the Husted model. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1998;4(2):59–64.

Szirony T, Price J, Wolfe E, Telljohann S, Dake J. Perceptions of nursing faculty regarding ethical issues in nursing research. *Journal of Nursing Education*. 2004;43(6):270–279.

Thomas A. Patient autonomy and cancer treatment decisions. *International Journal of Palliative Nursing*. 1997;3(6):317–323.

Viney C. A phenomenological study of ethical decision-making experiences among senior intensive care nurses and doctors concerning withdrawal of treatment. *Nursing in Critical Care*. 1996;4:182–187.

Von Post I. Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*. 1996;3(3):236–249.

Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics*. 2001;56(2):148–152.

Wilmot S. Nurses and whistleblowing: The ethical issues. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(5):1051–1057.

Wilson DM. Administrative decision making in response to sudden health care agency funding reductions: Is there a role for ethics? *Nursing Ethics*. 1998;5(4):319–329.

Wurzbach ME. Acute care nurses' experiences of moral certainty. *Journal of*

Advanced Nursing. 1999;30(2):287–293.

Zoucha R. Considering culture in understanding interpersonal violence. *Journal of Forensic Nursing*. 2006;2(4):195–196.

UNIDAD V

Teorías de nivel medio

Introducción

Capítulo 27: Adopción del rol materno: convertirse en madre

Capítulo 28: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad

Capítulo 29: Teoría de la transcendencia del yo

Capítulo 30: Teoría de la trayectoria de la enfermedad

Capítulo 31: Teoría del duelo disfuncional

Capítulo 32: Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental

Capítulo 33: Teoría del confort

Capítulo 34: Teoría de la depresión posparto

Capítulo 35: Teoría de los cuidados

Capítulo 36: Teoría del final tranquilo de la vida

Introducción

- Las teorías de nivel medio son las teorías de nivel menos abstracto para aplicaciones prácticas concretas.
- Las teorías de nivel medio incluyen las características de la práctica o situaciones de enfermería.
- Las teorías de nivel medio son evidencia teórica de aplicabilidad y resultado.
- Las teorías de nivel medio aportan evidencia para los resultados prácticos en enfermería.
- Las teorías de nivel medio se reconocen como tal porque contienen características de la práctica enfermera.
- Entre las características de las teorías de nivel medio están las siguientes:
    - La situación o el estado de salud del cliente o paciente.
    - La población o grupo de edad del cliente o paciente.
    - El lugar o área de práctica (p. ej., comunidad).
    - La acción de la enfermera o la intervención.
    - El resultado previsto en el cliente o paciente.

La filosofía
establece las bases del significado de los fenómenos enfermeros mediante el análisis, el razonamiento y la presentación lógica de conceptos e ideas.
Los modelos conceptuales
son un conjunto de conceptos que tratan de explicar los fenómenos centrales de la enfermería a través de una serie de proposiciones que explican la relación entre ellos.
El concepto de gran teoría
deriva de un modelo conceptual y propone una hipótesis susceptible de análisis que valora la premisa principal del modelo.
La teoría en enfermería
son proposiciones susceptibles de análisis derivadas de las filosofías, los modelos conceptuales, las grandes teorías, las teorías sobre la enfermería abstractas o las teorías de otras disciplinas. Las teorías son menos abstractas que la gran teoría y menos específicas que las teorías de nivel medio.
El concepto de teoría de nivel medio
es más específico para la práctica y propone una serie de aspectos de la enfermería prácticos y susceptibles de análisis, que incluyen detalles como el grupo de edad del paciente, su situación familiar, su estado de salud, su localización y la acción de la enfermera.
Futuro de la teoría en enfermería
Los sistemas teóricos en enfermería orientan y generan comprensión para la práctica, la investigación, la administración y la formación.
Metaparadigma
Los límites conceptuales de la disciplina enfermera en sentido amplio: seres humanos, entorno, salud y enfermería

27

Adopción del rol materno: convertirse en madre

Molly Meighan[*]

«El proceso de convertirse en madre requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras tienen una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres.»

(Mercer, 2006, pág. 649)

Ramona T. Mercer
(1929-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Ramona T. Mercer inició su carrera profesional como enfermera en 1950, cuando consiguió el diploma de enfermera en la Escuela de Enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Se graduó y recibió el Premio L. L. Hill por su excelencia en los estudios. Regresó a la escuela en 1960 después de trabajar como enfermera de planta, enfermera jefe e instructora en las materias de Pediatría, Obstetricia y Enfermedades Infecciosas. Se licenció en Enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México (Albuquerque). En 1964 obtuvo la licenciatura superior en Enfermería Materno-Infantil

en la Emory University y completó su doctorado en Enfermería Maternal en la University of Pittsburgh en 1973.

Después del doctorado, Mercer se trasladó a California y aceptó el cargo de profesora asistente del Departamento de Enfermería del Cuidado de la Salud Familiar en la University of California, en San Francisco. En 1977 fue ascendida a profesora asociada y en 1983 aceptó un cargo de profesora titular, que desempeñó hasta su jubilación en 1987. Actualmente, la Dra. Mercer es profesora emérita de Enfermería de Salud Familiar en la University of California, en San Francisco (http://www.nurses.info/nursing_theory_midrange_theories_ramon

Durante su carrera, Mercer ha recibido numerosos premios. En 1963, mientras trabajaba y estudiaba Enfermería, recibió el Premio del Departamento de Salud, Educación y Servicio Público de Salud y Bienestar de la University of Emory y fue aceptada en Sigma Theta Tau. Volvió a recibir el mismo premio en los años que estuvo en la University of Pittsburgh. Asimismo, recibió la beca Bixler para la educación y la investigación enfermeras, del Southern Regional Board, para estudios de doctorado. En 1982 recibió el Premio a la Enfermera de Salud Materno-Infantil del Año que conceden la National Foundation of the March of Dimes y la División Materno-Infantil de la American Nurses Association. En la Escuela de Enfermería de la University of California, San Francisco, recibió el cuarto Premio Anual Helen Nahm Lecturer en 1984. Mercer, gracias a sus investigaciones, ha obtenido los Premios de la American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO)/Lamaze National Research en 1987, el Distinguished Research Lectureship, del Western Institute of Nursing y de la Western Society for Research in Nursing en 1988, y el de la American Nurses Foundation por su Contribución Distinguida a la Ciencia de la Enfermería en 1990 (Mercer, *curriculum vitae,* 2002). Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios. Además, ha publicado seis libros y seis capítulos de libros.

Cuando inició su investigación, Mercer se centraba en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto, madres de niños nacidos con discapacidades y madres adolescentes. Su primer libro, *Nursing Care for Parents at Risk* (1977), recibió el Premio al Libro del Año de

la *American Journal of Nursing* en 1978. Su estudio sobre madres adolescentes durante el primer año de maternidad dio como resultado el libro *Perspectives on Adolescent Health Care* (1979), que también recibió el Premio al Libro del Año de la *American Journal of Nursing* en 1980. Las investigaciones anteriores hicieron que Mercer se interesara por el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en las relaciones familiares y el rol materno y las madres de diferentes edades. En 1986, el trabajo de Mercer sobre madres de tres grupos de edad se recopiló en un tercer libro, *First-Time Motherhood: Experiences from Teens to Forties* (1986a). El quinto libro de Mercer, *Parents at Risk,* publicado en 1990, volvió a recibir el Premio al Libro del Año de la *American Journal of Nursing.* La obra se centra en las estrategias que facilitan las primeras interacciones entre los padres y el hijo y promueven la educación de los padres en relación con las situaciones de riesgo específicas. El sexto libro de Mercer, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity from Rubin to the Present,* fue publicado en 1995. Este libro contiene una descripción más completa de la teoría de la adopción del rol materno de Mercer y su marco para estudiar variables que afectan a este rol.

Desde la primera publicación de 1968, Mercer ha escrito numerosos artículos para revistas tanto de enfermería como de otros temas. Ha publicado varios cursos *online* en *Nurseweek* durante los años noventa y principios de la primera década del siglo XXI, que incluyen «Adolescent Sexuality and Child-bearing», «Transitions to Parenthood» y «Helping Parents When the Unexpected Occurs».

Mercer es miembro de varias organizaciones profesionales, como la American Nurses Association y la American Academy of Nursing, y ha sido miembro activo de numerosas comisiones nacionales. Entre 1983 y 1990 fue editora asociada de la *Health Care for Women International.* Asimismo, ha trabajado en el equipo de revisión de la *Nursing Research* y de la *Western Journal of Nursing Research,* y ha formado parte del comité editorial de la *Journal of Adolescent Health Care* y del consejo ejecutivo de *Nurseweek.* También ha trabajado como revisora de numerosas propuestas de becas. Ha intervenido activamente en reuniones y talleres profesionales regionales, nacionales e internacionales (Mercer, *curriculum vitae,*

2002). Ha sido nombrada Leyenda Viva por la American Academy of Nursing durante el Annual Meeting and Conference en Carlsbad, California, en noviembre de 2003. Mercer fue premiada con el primer Premio al Alumno Distinguido de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Nuevo México en 2004. En 2005, fue reconocida como uno de los alumnos y profesores más sobresalientes, y su nombre aparece en el Wall of Fame de la University of California, en San Francisco.

Fuentes teóricas

La teoría de la adopción del rol materno de Mercer se basa en su amplia investigación sobre el tema a partir de los años sesenta. El estímulo para la investigación y el desarrollo de la teoría proviene de la admiración de Mercer por Reva Rubin, su profesora y tutora en la University of Pittsburgh. Rubin (1977, 1984) fue muy conocida por su trabajo en la definición y descripción de la identidad del rol materno como proceso de unión al niño y de la identidad del rol materno o verse a uno mismo en el rol y sentirse cómodo con él. El marco y las variables de estudio de Mercer reflejan muchos de los conceptos de Rubin.

Además del trabajo de Rubin, Mercer también utilizó las teorías de rol y de desarrollo. Utilizó en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría de rol, recurriendo a la teoría de Mead (1934) sobre la representación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del yo (1978). Se basó en el proceso de adquisición de rol de Thornton y Nardi (1975), así como en el trabajo de Burr et al. (1979). Las teorías del proceso de desarrollo de Werner (1957) también contribuyeron a la teoría de Mercer. Asimismo, el trabajo de Mercer se basa en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1968). Su modelo de logro del rol materno, que se muestra en la figura 27.1, utiliza los conceptos de Bronfenbrenner (1979) de círculos anidados como método de reflejar las influencias ambientales que interaccionan para conseguir el rol materno. La complejidad de su interés por la investigación hizo que Mercer utilizara muchas otras fuentes teóricas para identificar y estudiar las variables que afectan a la adopción del rol materno. Aunque gran parte de su trabajo se basó y expandió las teorías de Rubin, en

el desarrollo y la expansión de su teoría también tuvo en cuenta la investigación de otros.

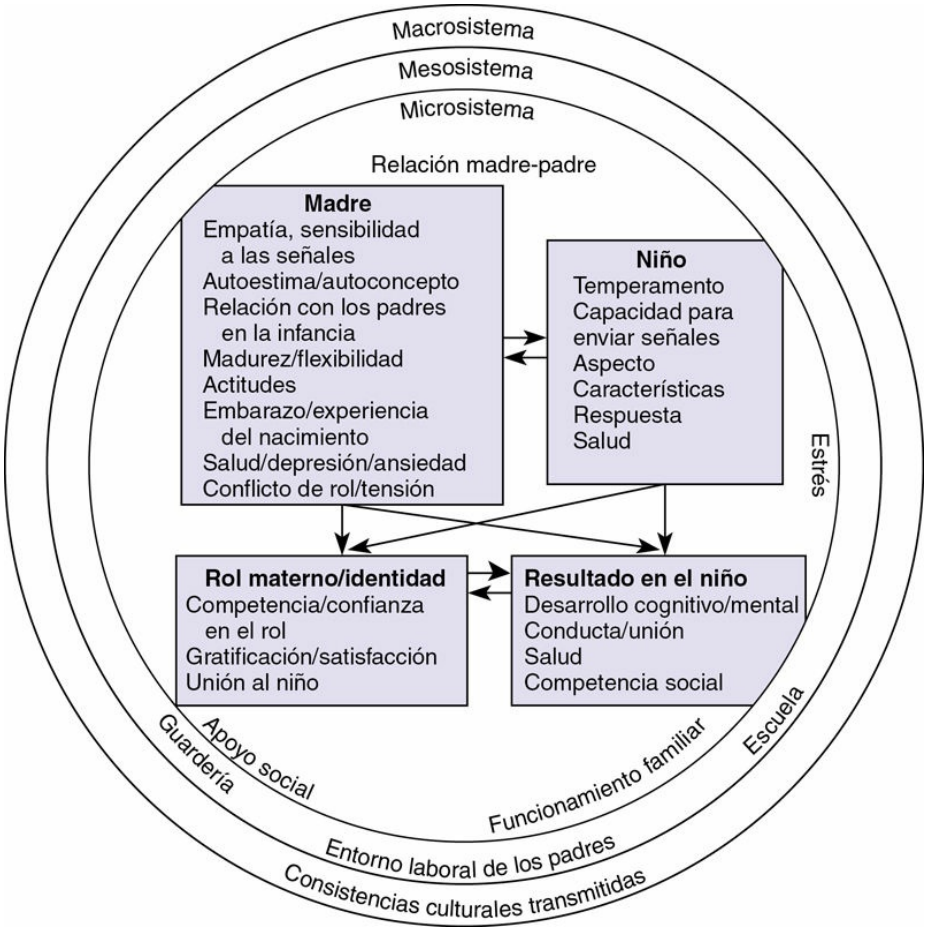


FIGURA 27.1 Modelo de adopción del rol materno.

(Modificado de Mercer, R. T. [1991]. *Maternal role: Models and consequences*. Documento presentado en la International Research Conference patrocinada por el Council of Nurse Researchers y la American Nurses Association, Los Angeles, CA. Copyright Ramona T. Mercer, 1991. NOTA: Esta figura se ha modificado a partir de una comunicación personal con R. T. Mercer [4 de enero de 2003]. La palabra exosistema se ha reemplazado por la palabra mesosistema para ser más coherente con el modelo de Bronfenbrenner [1979], en el que está basado.)

Principales conceptos y definiciones

Adopción del rol materno

Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del

tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol (Mercer, 1986a). «El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol materno: la identidad materna» (Mercer, 1981, pág. 74).

Identidad materna

La **identidad materna** se define como tener una visión interiorizada de sí misma como madre (Mercer, 1995).

Percepción de la experiencia del nacimiento

La percepción de la mujer de su conducta durante el parto y el nacimiento (Mercer, 1990).

Autoestima

Mercer et al. (1986) describen la **autoestima** como «la percepción del individuo de cómo los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones» (pág. 341).

Autoconcepto (autovaloración)

Mercer (1986a) define el **autoconcepto,** o **autovaloración,** como «la percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal» (pág. 18).

Flexibilidad

Los roles no están fijados rígidamente; por tanto, carece de importancia qué persona asume y cumple los distintos roles (Mercer, 1990). «La **flexibilidad** de las actitudes de crianza aumenta a medida que aumenta el desarrollo. Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respecto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias» (Mercer, 1990, pág. 12).

Actitudes respecto a la crianza

Las **actitudes respecto a la crianza** son actitudes y creencias maternas sobre la crianza (Mercer, 1986a).

Estado de salud

El **estado de salud** se define como «las percepciones de la madre y del padre acerca de su salud anterior, actual y futura; la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad, y el rechazo del papel de enfermo» (Mercer et al., 1986, pág. 342).

Ansiedad

Mercer et al. (1986) describen la **ansiedad** como «una característica de la persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes y como un estado específico a la situación» (pág. 342).

Depresión

Según Mercer et al. (1986), la **depresión** consiste en «padecer una serie de síntomas depresivos y, en particular, el componente afectivo del estado depresivo» (pág. 342).

Tensión debida al rol

La **tensión debida al rol** es el conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno (Mercer, 1985a).

Gratificación-satisfacción

Mercer (1985b) describe la **gratificación** como «la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta cuando interactúa con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad».

Unión

La **unión** es un elemento del rol parental y de la identidad. Se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo (Mercer, 1990).

Temperamento del niño

Existen **temperamentos** fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración en la madre (Mercer, 1986a).

Estado de salud del niño

El **estado de salud del niño** se relaciona con las enfermedades que pueden comportar la separación de la madre y el niño, y que interfieren en el proceso de unión (Mercer, 1986a).

Características del niño

Entre tales **características** están el temperamento, la apariencia y el estado de salud del lactante (Mercer, 1981).

Señales de los lactantes

Las **señales de los lactantes** son conductas que provocan una respuesta de la madre (Mercer, comunicación personal, septiembre de 2003).

Familia

Mercer et al. (1986) definen a la **familia** como «un sistema dinámico que incluye subsistemas: individuos (madre, padre, feto/niño) y grupos de pares (madre-padre, madre-feto/niño y padre-feto/niño) dentro del sistema general de la familia» (pág. 339).

Funcionamiento de la familia

El **funcionamiento de la familia** es la visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas, y las unidades sociales más amplias (Mercer y Ferketich, 1995).

Padre o compañero

El **padre,** o **compañero,** contribuye al proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona (Mercer, comunicación personal, enero de 2003). Las interacciones del padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción del rol materno (Donley, 1993; Mercer, 1995).

Estrés

El **estrés** lo provocan sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo, y variables ambientales (Mercer, 1990).

Apoyo social

Según Mercer et al. (1986), el **apoyo social** es «la cantidad de ayuda

que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan» (pág. 341). Las cuatro áreas de apoyo social son las siguientes:

1. **Apoyo emocional:** «Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido» (Mercer, 1986a, pág. 14).
2. **Apoyo informativo:** «Ayuda al individuo a solucionar problemas por sí solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación» (Mercer, 1986a, pág. 14).
3. **Apoyo físico:** tipo directo de ayuda (Mercer, Hackley y Bostrom, 1984).
4. **Apoyo de valoración:** «Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás» (Mercer, 1986a, pág. 14).

Relación madre-padre

La **relación madre-padre** es la percepción de la relación de pareja que incluye los valores, los objetivos y los acuerdos deseados y reales entre los dos (Mercer, 1986b). La vinculación materna con el niño se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de pareja (Donley, 1993; Mercer, 1995).

Uso de datos empíricos

Mercer seleccionó tanto las variables maternas como las infantiles para sus estudios según la revisión que realizó de la bibliografía disponible y de los descubrimientos de los investigadores de diferentes disciplinas. Observó que un gran número de factores pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el rol materno, lo que aumentó la complejidad de su trabajo. Los factores maternos en la investigación de Mercer incluían la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes de crianza y la salud. Incluyó las variables del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar

señales. Mercer (1995) y Ferketich y Mercer (1995a, 1995b, 1995c) también observaron la importancia del rol paterno y aplicaron muchos de los descubrimientos anteriores de Mercer al estudio de la respuesta del padre a la paternidad. Su investigación requería el uso de numerosos instrumentos para medir las variables de interés.

Mercer ha analizado la influencia de estas variables en la unión y competencia parental con muchos intervalos, incluido el período inmediato al posparto y después de 1, 4 y 8 meses y 1 año (Mercer y Ferketich, 1990a, 1990b). Además, ha incluido en la investigación a adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres que deben afrontar defectos congénitos, familias que experimentan estrés preparto, progenitores de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea y padres (Mercer, 1989; Mercer y Ferketich, 1994; 1995; Mercer, Ferketich y DeJoseph, 1993). Como paso reciente, comparó sus hallazgos y la base para su teoría original con la investigación actual. Como resultado, Mercer (2004) ha propuesto que el término *adopción del rol materno* sea sustituido por *convertirse en madre,* dado que este describe con más exactitud la continua evolución del rol a lo largo de la vida de la madre. Además, propuso utilizar hallazgos de la investigación enfermera más reciente para describir las etapas y el proceso de convertirse en madre.

Principales premisas

Para la adopción del rol materno, Mercer (1981, 1986a, 1995) estableció las siguientes premisas:

- Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida, determina cómo una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad, en su situación vital; son el mundo real al cual responde (Mercer, 1986a).
- Además de la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad también influyen en las respuestas de conducta (Mercer, 1986a).

- El compañero del rol de la madre, su hijo, reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol por medio del crecimiento y el desarrollo (Mercer, 1986a).
- El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol materno, ya que influye en este rol y se ve afectado por él (Mercer, 1981).
- El compañero íntimo del padre o de la madre contribuye a la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer (Mercer, 1995).
- La identidad materna se desarrolla con la unión materna y cada una de ellas depende de la otra (Mercer, 1995; Rubin, 1977).

Enfermería

Mercer (1995) afirmó: «Las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad» (pág. xii). Son las responsables de promover la salud de familias y niños, y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para esas pacientes. Su definición de enfermería, proporcionada en una comunicación personal, es la siguiente:

«La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar la base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente. Las enfermeras proporcionan asistencia sanitaria a individuos, familias y comunidades. Después de valorar la situación y el entorno del cliente, la enfermera identifica los objetivos con él, le proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados al cliente incapaz de proporcionárselos él mismo, y se interpone entre el entorno y el cliente.»

(Mercer, comunicación personal, marzo de 2004)

En su obra, Mercer (1995) hace referencia a la importancia del cuidado enfermero. Aunque no lo menciona específicamente, en su libro *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present,* Mercer hace especial hincapié en que el tipo de ayuda o cuidado que una mujer recibe durante el embarazo y durante el primer año después del nacimiento puede tener efectos a largo plazo tanto en ella como en el niño. Las enfermeras que trabajan en las unidades de maternidad son muy importantes a la hora de ofrecer cuidados e información durante ese período.

Persona

Mercer (1985a) no dio una definición específica de la *persona,* pero se refirió al *yo* y al *núcleo propio.* Considera que la identidad o el yo es independiente de los roles que se ejecutan. Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona; de este modo, extrapola su identidad a partir de la dualidad madre-niño (Mercer, 1985b). El núcleo propio evoluciona a partir de un contexto cultural y determina cómo las situaciones se definen y se conforman (Mercer, 1985a). Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol materno. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se deja influir por ambos (Mercer, 1995).

Salud

En su teoría, Mercer define el *estado de salud* como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo. El estado de salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según las creencias de los padres de la salud global (Mercer, 1986b). El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto (Mercer, Ferketich et al., 1988; Mercer, May et al., 1986). Tiene una importante influencia indirecta sobre la satisfacción con las relaciones en las familias en edad fértil. La salud también se

considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. Mercer (1995) hace especial hincapié en la importancia del cuidado de la salud durante la época de fecundidad y el proceso de crianza.

Entorno

Mercer definió el entorno según la definición de Bronfenbrenner del entorno ecológico, en el que también basó su modelo en él (v. fig. 27.1) (Mercer, 1995; Mercer, comunicación personal, junio de 2000). Este modelo ilustra el entorno ecológico de interacción en el que se desarrolla la adopción del rol materno. Durante una comunicación personal del 4 de enero de 2003, Mercer afirmó: «El desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes». Los estreses y el apoyo social del entorno influyen tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño.

Fundamentos teóricos

La teoría original de la adopción del rol materno de Mercer y su modelo fueron presentados en 1991 durante un simposio en la International Research Conference, con el patrocinio del Council of Nursing Research y la American Nurses Association en Los Ángeles, California (Mercer, 1995). Desde entonces, ha sufrido algunas modificaciones y se ha presentado más claramente en su libro, de 1995, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity from Rubin to the Present* (v. fig. 27.1).

La revisión más reciente de su teoría realizada por Mercer (2004) se ha centrado en la transición de la mujer para convertirse en madre. La maternidad implica un profundo cambio en la vida de la mujer que exige un desarrollo continuado. Según Mercer, convertirse en madre es bastante más que asumir un rol. Es una evolución continua y permanente. Por tanto, propuso que se retirara el término *adopción del rol materno.* Basó esta recomendación

en la investigación publicada por Walker, Crain y Thompson (1986a, 1986b), Koniak-Griffin (1993) y McBride y Shore (2001), que examinaron el proceso de maternidad y plantearon cuestiones sobre lo adecuado de la adopción del rol materno como punto final del proceso.

Adopción del rol materno: modelo y teoría originales de Mercer

El modelo de la adopción del rol materno de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979) del *microsistema,* el *mesosistema* y el *macrosistema* (v. fig. 27.1). El modelo original propuesto por Mercer se modificó en 2000, cambiando el término *exosistema* que aparecía originalmente en el segundo círculo y sustituyéndolo por el término *mesosistema.* Mercer (comunicación personal, enero de 2003) ha explicado que este cambio hace que el modelo sea más coherente con la terminología de Bronfenbrenner:

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol materno, que incluye factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social, el estado económico, los valores familiares y el estrés. Las variables presentes en este entorno inmediato interactúan con una o más variables adicionales para influir sobre la transición hacia la maternidad. El niño como individuo está incluido en el sistema familiar. La familia está considerada como un sistema semicerrado que mantiene los límites y el control sobre el intercambio entre el sistema familiar y los otros sistemas sociales (Mercer, 1990).

El microsistema es la parte más influyente en la adopción del rol materno (Mercer, 1995; R. Mercer, comunicación personal, enero de 2003). En 1995, Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a «difuminar la tensión en la dualidad madre-niño» (pág. 15). La adopción del rol materno se consigue por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño. El microsistema mostrado en la figura 27.2, presentado por

primera vez en el sexto libro de Mercer (1995), *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity from Rubin to the Present,* describe esta interacción. Las capas *a-d* representan los estadios de adopción del rol materno desde la anticipación hasta lo personal (identidad de rol) y los estadios de crecimiento y desarrollo del niño (Mercer, 1995).

2. El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño. El mesosistema incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto y otras entidades de la comunidad más inmediata.
3. El macrosistema hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol materno origina el macrosistema (Mercer, 1995). Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materno están dentro del macrosistema.

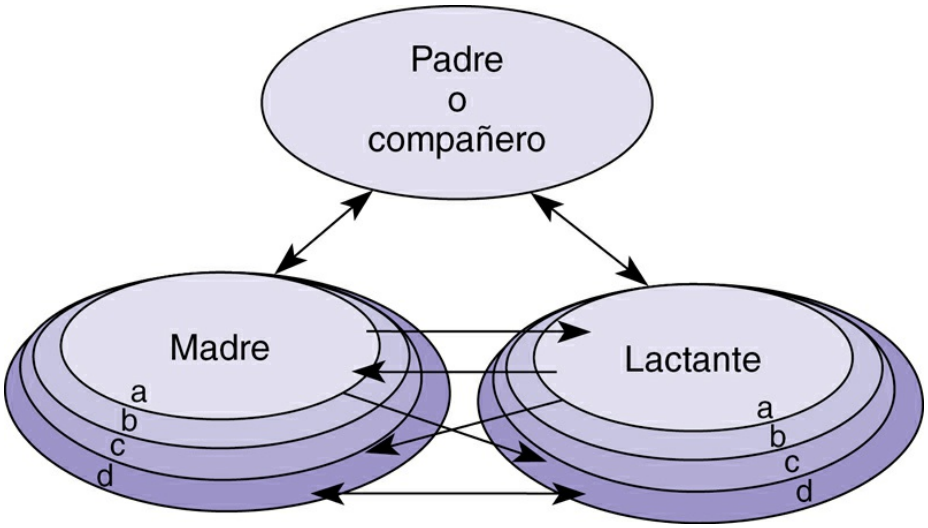


FIGURA 27.2 Microsistema dentro del modelo desarrollado de la adopción del rol materno. (Tomado de Mercer, R. T. [1995]. *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present.* New York: Springer; utilizado con autorización.)

La adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisición de rol. Estos estadios han sido adaptados a partir de la investigación de Thornton y Nardi de 1975. Estos cuatro estadios se indican en la figura 27.2 como las capas desde la *a* hasta la *d:*

a. **Anticipación:** el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.
b. **Formal:** el estadio formal empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
c. **Informal:** empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
d. **Personal:** el estadio personal o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol, y alcanza el rol materno.

Los estadios de adopción del rol se solapan y se ven modificados por el crecimiento y el desarrollo del niño. La identidad del rol materno puede alcanzarse en 1 mes o en varios meses (Mercer, 1995). Los estadios se ven influidos por el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar.

Las características y las conductas tanto de la madre como del niño pueden influir en la identidad del rol materno y el niño. Las características y conductas maternas incluidas en el modelo de Mercer son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el autoconcepto, la relación con sus padres

cuando la madre era niña, la madurez y la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión y el conflicto de rol. Las características del niño que afectan a la identidad del rol materno son el temperamento, la capacidad para enviar mensajes, la apariencia, las características generales, la respuesta y la salud. Algunos ejemplos de respuestas del desarrollo del niño que interactúan con el desarrollo de la identidad materna de la madre, representadas como *a-d* en la figura 27.2, son los siguientes:

a. Contacto visual con la madre mientras le habla, reflejo de prensión.
b. Reflejo de sonreír y conducta tranquila en respuesta a los cuidados de la madre.
c. Conductas interactivas coherentes con la madre.
d. Respuestas de obtención por parte de la madre; aumento de la movilidad.

Según Mercer:

«La etapa de identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, está emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía, satisfacción y competencia en su rol.»

(1995, pág. 14)

Utilizando el trabajo de Burke y Tully (1977), Mercer (1995) afirma que una identidad de rol tiene componentes internos y externos; la identidad es la visión interiorizada de uno mismo (identidad materna reconocida) y el rol es un componente conductual externo.

Convertirse en madre: un modelo y una teoría revisados

Mercer ha seguido utilizando su propia investigación y la

investigación de otros para construir bloques para su teoría. En el año 2003 empezó a reexaminar la teoría de la adopción del rol materno, proponiendo que el término *convertirse en madre* reflejaba con más exactitud el proceso basado en la investigación reciente. Según Mercer (2004), el concepto de adopción de rol sugiere un punto final en lugar de un proceso continuo, y puede no dirigirse a la expansión continuada de sí misma como una madre. Las conclusiones de Mercer se basan en gran manera en la investigación enfermera actual sobre las dimensiones cognitiva y conductual de las mujeres que se convierten en madres. Walker, Crain y Thompson (1986a, 1986b) cuestionaron la adopción del rol materno como proceso continuado que contribuye a la reexaminación de Mercer de su teoría. Koniak-Griffin (1993) también cuestionaron las dimensiones conductuales y cognitivas de la adopción del rol materno. Hartrick (1997) explicó que, en su estudio de madres de niños de 3 a 16 años, estas experimentan un proceso continuo de autodefinición. En su investigación sobre madres y abuelas, McBride y Shore (2001) sugieren que puede ser necesario retirar el término *adopción del rol materno* porque «implica una situación estática más que un proceso fluctuante» (pág. 79). Finalmente, en una síntesis de nueve estudios cualitativos, Nelson (2003) describió el crecimiento y la transformación continua en las mujeres a medida que se convierten en madres. Mercer (2004) reconoció que los nuevos desafíos en la maternidad requieren hacer nuevas conexiones para recuperar la confianza en una misma, y propuso sustituir el término *adopción del rol materno* por *convertirse en madre.*

Los estudios cualitativos han identificado etapas de la adopción del rol materno utilizando los términos descriptivos de las participantes. Una compilación de los resultados de algunos de estos estudios han llevado a Mercer (2004, 2006) a proponer los siguientes cambios en los nombres de las etapas que conducen a la identidad del rol materno:

- Compromiso y preparación (embarazo).
- Conocimiento, práctica y recuperación física (primeras 2 semanas).
- Normalización (de la segunda semana a los 4 meses).
- Integración de la identidad materna (unos 4 meses).

Estas etapas son paralelas a las etapas originales de la teoría de Mercer, aunque abarcan la experiencia materna de manera más completa y utilizan terminología derivada de las descripciones de las experiencias de madres primerizas.

La construcción de la teoría, según Mercer (comunicación personal, septiembre de 2003), es un proceso continuo a medida que la investigación proporciona evidencias para clarificar conceptos, adiciones y eliminaciones. Aunque muchos de los estudios más recientes apoyan los hallazgos tanto de Mercer como de Rubin, Mercer (2004) reorganizó la evidencia de cambios necesarios en su teoría original para una mayor claridad y consistencia. Desde este punto de vista, propuso retirar el término *adopción del rol materno.* Mercer (2004) reconoce que convertirse en madre, que comporta un crecimiento continuo en ser madre, es más descriptivo del proceso, lo cual es más que un rol. Aunque algunos roles pueden terminarse, la maternidad es un compromiso de por vida.

Mercer ha continuado utilizando el concepto de Bronfenbrenner de interacción anidada en entornos ecológicos. Sin embargo, ella los reetiquetó para reflejar los entornos vitales: familia y amigos, comunidad y sociedad (fig. 27.3). Este modelo coloca las interacciones entre la madre, el niño y el padre en el centro de los entornos de interacción (Mercer, comunicación personal, septiembre de 2003; Mercer y Walker, 2006). Las variables dentro del entorno de la familia y de los amigos incluyen el apoyo social y físico, los valores familiares, las guías culturales para la maternidad, el conocimiento y las habilidades, el funcionamiento familiar y la afirmación como madre. El entorno de la comunidad incluye guarderías, lugares de culto, escuelas, entornos laborales, centros sanitarios, instalaciones recreativas y grupos de apoyo. Dentro de la sociedad, las influencias proceden de las leyes que afectan a mujeres y niños, la evolución de la ciencia reproductiva y neonatal, los programas de asistencia sanitaria nacionales, varios programas sociales y fondos para investigación que promueve el convertirse en madre.

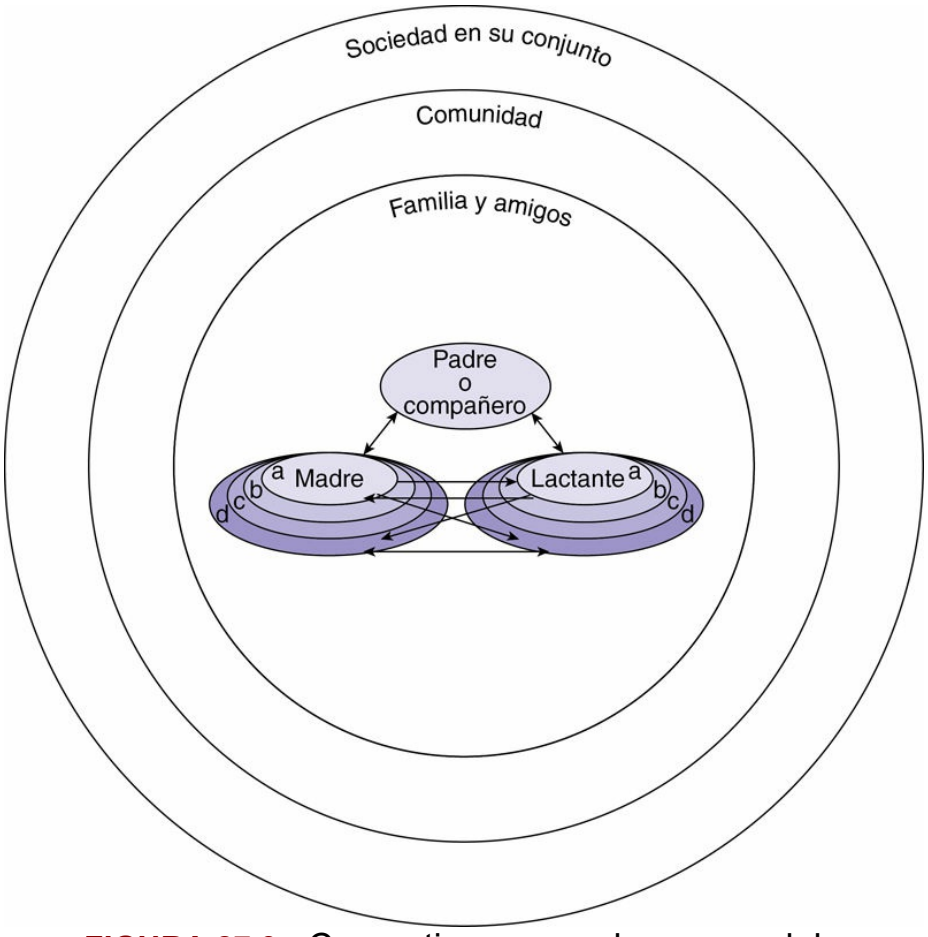


FIGURA 27.3 Convertirse en madre: un modelo revisado. (Tomado de R. T. Mercer, comunicación personal, septiembre de 2003.)

El modelo más reciente (fig. 27.4) muestra entornos de interacción que afectan al proceso de convertirse en madre. Este modelo fue desarrollado en 2006 basado en una revisión de las investigaciones de enfermería acerca de la eficacia o de las intervenciones dirigidas a impulsar el proceso de convertirse en madre. Dicho modelo describe las cuestiones complejas que tienen potencial para facilitar o para inhibir el proceso de convertirse en madre (Mercer y Walker, 2006). Según Mercer y Walker (2006), el modelo presenta variables del entorno y características materno-infantiles que son consideraciones importantes para la práctica de la enfermería y el futuro de la investigación.

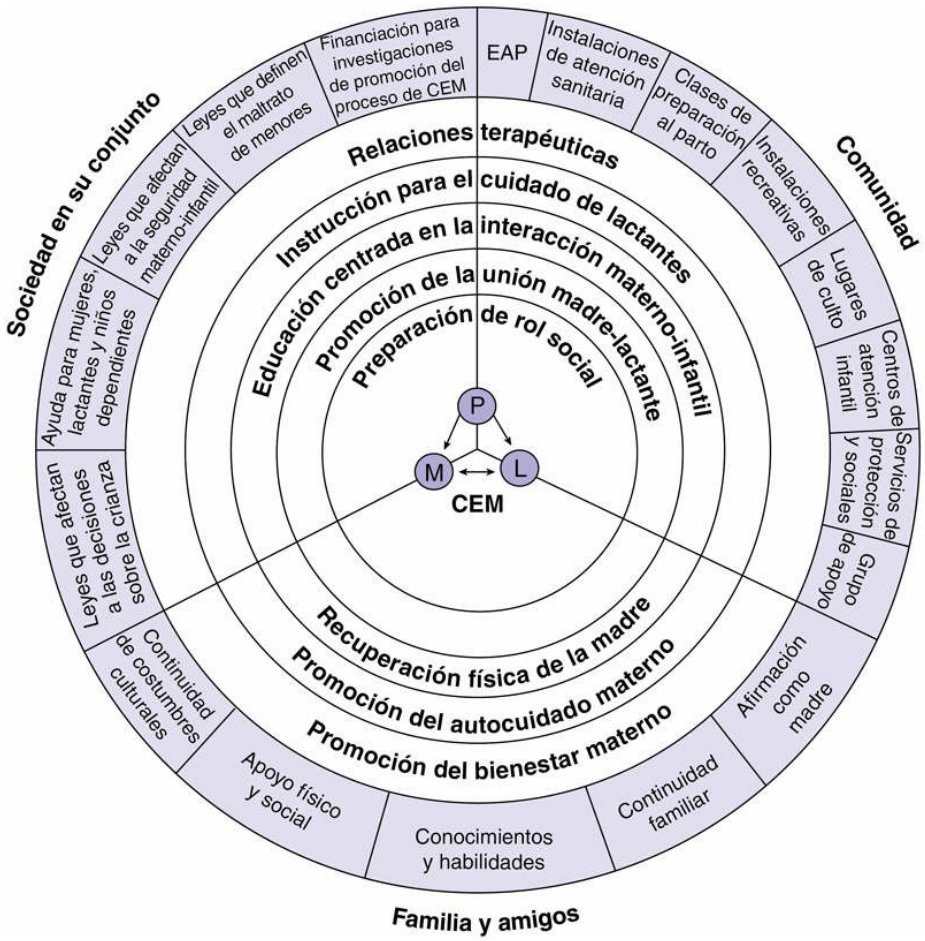


FIGURA 27.4 Entornos en interacción que influyen en el proceso de convertirse en madre (CEM). EAP, enfermera de atención primaria; L, lactante; M, madre; P, padre. (Tomado de Mercer, R. T., & Walker, L. O. [2006]. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*[5], 570–581.)

Planteamiento lógico

Mercer utilizó la lógica deductiva y la inductiva para desarrollar el marco teórico del estudio de los factores que influyen en la adopción del rol materno durante el primer año de maternidad y en su teoría. La lógica deductiva se refleja en el uso que Mercer hace de trabajos de otros investigadores y disciplinas. Las teorías de rol y de desarrollo y el trabajo de Rubin en la realización del rol materno proporcionaron una base para el marco. Asimismo, Mercer utilizó la lógica inductiva en el desarrollo de la teoría de la adopción del rol materno. Mediante la práctica y la investigación, observó la

adaptación a la maternidad desde un sinfín de circunstancias. Vio que las diferencias existían en la adaptación a la maternidad cuando una enfermedad materna complicaba el período posparto, cuando nacía un niño con un defecto y cuando una adolescente se convertía en madre. Estas observaciones dirigieron la investigación de estas situaciones y desarrollaron la teoría. Los cambios de su teoría original se han basado en la investigación más reciente y en el razonamiento deductivo, junto con su creencia en mejorar continuamente la claridad y la utilidad de su teoría.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La teoría de Mercer está muy orientada hacia la práctica. Los conceptos de su teoría se mencionan en muchos libros de texto de obstetricia, y muchas enfermeras y otras disciplinas los utilizan en la práctica. Tanto la teoría como el modelo propuesto son capaces de servir como marco para la valoración, la planificación, la implantación y la evaluación del cuidado enfermero de las nuevas madres y sus hijos. Meighan (2014) describe e ilustra la utilidad de la teoría de Mercer en la práctica enfermera en el capítulo 17 de la quinta edición de *Nursing Theory: Utilization and Application*, de Alligood. La teoría de Mercer también es útil para las enfermeras que trabajan en maternidades. Mercer (1986a, 1986b) relacionó los descubrimientos de las investigaciones con la práctica enfermera en cada intervalo de tiempo desde el nacimiento a lo largo del primer año, aplicando su teoría a diferentes ambientes pediátricos.

Por otra parte, la teoría de Mercer se ha utilizado para organizar el cuidado del paciente. Los conceptos en la investigación realizada por Neeson et al. (1983), «Pregnancy Outcome for Adolescents Receiving Prenatal Care by Nurse Practitioners in Extended Roles», se utilizaron para aplicar en la práctica clínica. Clark et al. (2001) utilizaron la teoría de Mercer para establecer y verificar un plan de estudios de educación paterna para mujeres que consumían sustancias nocivas, en instalaciones de tratamiento residencial. Meighan y Wood (2005) utilizaron la teoría de la adopción del rol

materno para examinar el efecto de la hiperemesis gravídica en el supuesto del rol materno.

Formación

El trabajo de Mercer ha aparecido ampliamente en los textos de enfermería pediátrica y sobre maternidad. Muchos de los conceptos actuales de enfermería maternal e infantil se basan en las investigaciones de Mercer. Su teoría y su modelo ayudan a simplificar el proceso tan complejo que representa la paternidad. La teoría del logro del rol materno está avalada por una creciente comprensión, y las aportaciones de Mercer han resultado de enorme valor para la formación en Enfermería. La teoría proporciona un marco para los estudiantes mientras aprenden a planificar y a proporcionar cuidados para padres en múltiples entornos. El reconocimiento por parte de Mercer de la necesidad de analizar las evidencias de las investigaciones que apoyan su trabajo original y sus esfuerzos por actualizar y mejorar su teoría de forma continua han servido como ejemplo para los estudiantes de Enfermería. Cambiar el nombre de la teoría por *convertirse en madre* refleja el proceso de crecimiento continuado de la maternidad de forma más exacta y ha sido muy bien aceptado desde que se introdujo en 2004. Sin embargo, algunas personas siguen denominándola *teoría de adopción del rol materno*. La teoría y la investigación de Mercer también se han utilizado en otras disciplinas, dado que relacionan la adopción del rol materno y paterno. Se ha demostrado que también es útil para estudiantes de Psicología, Sociología y Educación.

Investigación

Mercer ha defendido que los estudiantes se impliquen en las investigaciones del profesorado. Durante su período de profesora en la University of California, San Francisco, presidió comisiones y participó en la elaboración de tesis y tesinas. La investigación en colaboración con un estudiante de Enfermería y un profesor asociado en 1977 y 1978 dio como resultado el desarrollo de un instrumento muy fiable y válido para medir las actitudes de las madres acerca de la experiencia del embarazo y del parto.

Numerosas investigadoras han solicitado permiso para utilizar este instrumento.

El trabajo de Mercer ha servido como marco para otros investigadores. Otros autores comprobaron su marco teórico en un estudio de correlación que explora las diferencias entre tres grupos de edad de madres primerizas (15-19, 20-29 y 30-42 años), incluidas Walker et al. (1986a, 1986b). Sank (1991) utilizó la teoría de Mercer en la investigación de su tesis doctoral titulada *Factors in The Prenatal Period that Affect Parental Role Attainment During the Postpartum Period in Black American Mothers and Fathers.* La teoría de Mercer de adopción del rol materno también ha servido como marco para la tesis de Washington (1997), *Learning Needs of Adolescent Mothers When Identifying Fever and Illnesses in Infants Less Than Twelve Months of Age*. Bacon (2001) utilizó la teoría de Mercer en su tesis, *Maternal Role Attainment and Maternal Identity in Mothers of Premature Infants.* Dilmore (2003) basó su estudio *A comparison of Confidence Levels of Postpartum Depressed and Non-Depressed First Time Mothers* en la investigación de Mercer.

McBride escribió lo siguiente:

> *«La adopción del rol materno ha constituido una preocupación principal de las enfermeras desde el trabajo pionero de la tutora de Mercer, Rubin, hace ya casi dos décadas. En la actualidad se ha convertido en una teoría sólida, basada en la investigación, que las investigadoras enfermeras han buscado en su análisis de la experiencia de madres primerizas.»*
>
> *(1984, pág. 72)*

Estudios recientes son los realizados por Rode y Kiel (2015) sobre la depresión materna y el temperamento del lactante en el rol materno, y Mackintosh y Callister (2015) sobre la identidad de las adolescentes gestantes.

Evolución

Mercer utilizó su investigación inicial como base para otros estudios. En sus investigaciones posteriores, su objetivo era

identificar los elementos que predicen la unión materno-filial con la base de la experiencia materna en el nacimiento y el estado de riesgo materno. Asimismo, examinó la competencia paterna según la experiencia del nacimiento y el estado de riesgo del embarazo. Desarrolló un modelo causal para predecir las relaciones del compañero en los embarazos de alto y bajo riesgo, y lo puso en práctica. A lo largo de los años se ha trabajado y refinado la teoría y modelo originales. Incluyó la importancia del padre en la adopción del rol materno y añadió este aspecto a su modelo y a la teoría en su libro de 1995, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity from Rubin to the Present*.

En *First-Time Motherhood: Experiences from Teens to Forties*, Mercer (1986a) presentó un modelo que describe las cuatro fases que se producen en el proceso de adopción del rol materno durante el primer año de maternidad:

1. Fase de recuperación física (del nacimiento al primer mes).
2. Fase de consecución (de los 2 a los 4-5 meses).
3. Fase de interrupción (de los 6 a los 8 meses).
4. Fase de reorganización (del octavo mes al primer año de vida).

Además, la adopción del rol materno tiene lugar en tres niveles diferentes (biológico, psicológico y social), que interaccionan y son interdependientes en las diferentes fases. Estas fases y los niveles de adaptación se describen brevemente y se aplican en su investigación. En 2003 Mercer propuso cambios adicionales a la teoría (2004), que incluyeron el abandono del término *adopción del rol materno* por el de *convertirse en madre*. También hubo cambios del modelo y la adopción de las cuatro fases descriptivas al proceso de convertirse en madre:

1. Compromiso y preparación (embarazo).
2. Consecución, práctica y recuperación física (primeras 2 semanas).
3. Normalización (de la segunda semana a los 4 meses).
4. Integración de la identidad materna (aproximadamente 4 meses).

Estos cambios estaban basados en estudios de investigación de otras enfermeras y son la evidencia del escrutinio continuo de Mercer y de la crítica de su teoría para mejorar su utilidad en la práctica y en la investigación.

Según Mercer y Walker (2006), es necesario investigar en intervenciones enfermeras específicas que fomenten ser madre. Alientan la participación de personal, estudiantes y profesorado de Enfermería en el desarrollo y pruebas de pautas e instrumentos de valoración para medir los resultados de intervenciones de enfermería que apoyen la identidad del rol materno y el proceso de convertirse en madre. Mercer y Walker también fomentan la investigación sobre madres que se enfrentan a desafíos especiales, como complicaciones durante el parto, recursos sociales y económicos bajos, madres adolescentes y madres con lactantes de alto riesgo. Según Mercer y Walker, está justificado desarrollar y probar intervenciones de enfermería que apoyen y capaciten a los padres. Animan a investigar para determinar la mejor manera de promover ser madre en grupos culturalmente diversos, explicar que cada cultura tiene sus costumbres y valores en la crianza que afectan a la transición a la maternidad.

La preocupación de Mercer respecto a la utilidad y a la aplicabilidad de su teoría es evidente en su trabajo continuado hacia la claridad y la utilidad. Las revisiones de su teoría en el año 2003, aunque basadas en investigación enfermera, todavía no han sido verificadas completamente en otros estudios. Aunque la investigación cualitativa para describir las fases de convertirse en madre utiliza las palabras exactas de mujeres que experimentan esta transición, estas fases no se han confirmado entre mujeres en otras culturas o en circunstancias distintas.

Crítica

Claridad

Los conceptos, las variables y las relaciones no siempre se definen explícitamente, pero sí se describen y están implícitos en el trabajo inicial de Mercer. Sin embargo, las definiciones funcionales y teóricas son coherentes. El trabajo para mejorar la claridad es

evidente. Los conceptos, las suposiciones y los objetivos se han organizado en un todo lógico y coherente, de manera que la comprensión de las interrelaciones entre los conceptos sea relativamente fácil. El uso indistinto de algunos términos y denominaciones para identificar conceptos, como *adaptación y adopción, apoyo social* y *red de apoyo,* puede confundir al lector, además la *adopción del rol materno* no posee una definición coherente, y ello perjudica la claridad. La *identidad materna,* un término que Mercer define como la fase final de la adopción del rol (etapa personal o de identidad del rol), en ocasiones se sustituye por *adopción del rol materno.* Según Mercer (1995), cuando se ha adoptado el rol materno, la madre ha conseguido una identidad materna, la interiorización del rol de madre. Sin embargo, los términos *adopción* e *identidad del rol* en ocasiones provoca confusión.

Mercer ha continuado trabajando para conseguir una mayor claridad y ha propuesto el uso de términos derivados de los investigadores enfermeros que serían más claramente comprendidos por parte de los usuarios de la teoría. Ha cuestionado el uso del término *adopción del rol materno,* dado que connota un estado estático más que un rol en continua evolución como madre. Ha examinado la investigación cualitativa que contenía las palabras exactas de mujeres que experimentaban la maternidad, y ha favorecido el uso de estas palabras para describir las etapas de convertirse en madre.

Sencillez

A pesar del gran número de conceptos y de relaciones, el marco teórico para la adopción del rol materno o de convertirse en madre organiza un fenómeno bastante complejo de un modo fácil de comprender y útil. La teoría es predictiva y sirve para guiar la práctica. Los conceptos no son específicos para el tiempo y el espacio y son abstractos, pero pueden describirse y funcionar, ya que los significados no pueden malinterpretarse fácilmente. El proceso de convertirse en madre tiene muchas facetas y varía considerablemente según el individuo y las influencias ambientales. La teoría de Mercer proporciona un marco para comprender este complejo proceso multidimensional.

Generalidad

La teoría de Mercer deriva y es específica de la enfermería de relación entre los padres y el hijo, y también la han usado otras disciplinas preocupadas por la maternidad y la paternidad. La teoría puede generalizarse para todas las mujeres, del embarazo hasta el primer año después del nacimiento, independientemente de la edad, del número de hijos o del entorno. Es una de las pocas teorías aplicables a los pacientes perinatales de alto riesgo y a sus familias. Mercer (1995) especificó su teoría para el estudio y la predicción de la unión parental, incluida la del compañero de la mujer gestante. Por tanto, resulta útil para el estudio y el trabajo con los miembros de la familia después del parto. El trabajo de Mercer ha ensanchado el ámbito de aplicación de las anteriores teorías sobre la adopción del rol materno, dado que sus estudios se han extendido a varios niveles de desarrollo y contextos situacionales.

Accesibilidad

El trabajo de Mercer procede de grandes esfuerzos de investigación. Los conceptos, las premisas y las relaciones se sustentan principalmente en observaciones empíricas y son coherentes. El grado de concreción y plenitud de las definiciones funcionales aumenta la precisión empírica. El marco teórico para estudiar las diferencias entre los grupos de edad de madres primerizas es tributario de probarlo más a fondo y de que otros puedan utilizarlo. El continuo escrutinio por parte de la propia Mercer ha mejorado continuamente su teoría y ha dado solidez a sus conceptos.

Importancia

El marco teórico para la adopción del rol materno en el primer año ha demostrado ser útil, práctico y valioso para las enfermeras. El trabajo de Mercer se ha utilizado repetidamente en la investigación, la práctica y la formación enfermera. El marco también puede aplicarse a cualquier disciplina que funcione con madres y niños en el primer año de maternidad. McBride (1984) escribió: «La doctora Mercer es quien desarrolló el marco teórico más completo para estudiar un aspecto de la experiencia de los padres, es decir, los

factores que influyen en la adopción del rol materno en el primer año de maternidad» (pág. 72).

A lo largo de su carrera, Mercer ha unido la investigación con la práctica de modo coherente. Las aplicaciones para el cuidado enfermero o las intervenciones enfermeras son el vínculo entre la investigación y la práctica. Mercer considera que la investigación enfermera es el «puente hacia la excelencia» en la práctica enfermera (Mercer, 1984, pág. 47).

Resumen

La teoría de la adopción del rol materno se ha demostrado útil en la investigación y en la práctica para las enfermeras, así como para otras disciplinas preocupadas por la paternidad. El deseo continuo de Mercer de mejorar la utilidad y la claridad de su teoría y modelo es evidente, y ha servido a aquellos que utilizan su teoría. El uso de Mercer de su propia investigación y de la investigación de otros fortalece su trabajo. Su propuesta de adoptar la teoría de convertirse en madre se basa de manera sólida en el proceso de investigación. La maternidad y la adopción del rol paterno es un proceso multinivel muy complejo. La teoría de Mercer y su trabajo hacen que este proceso sea lógico y comprensible y proporciona una base sólida para la práctica, la educación y la investigación.

Caso clínico

Susan, una mujer de 19 años, dio a luz prematuramente a su primer hijo hace 5 días. Aunque durante el posparto no ha habido ningún problema relativamente importante, el niño presenta complicaciones y debe permanecer hospitalizado. Susan y su joven marido acuden al hospital cada tarde para ver al niño, pero no hacen demasiadas preguntas. Hablando con la pareja, la enfermera descubre que los únicos abuelos del niño viven muy lejos, y Susan no tendrá familiares ni amigos a quienes acudir cuando se lleve el bebé a casa.

En este caso de alto riesgo perinatal, el marco de Mercer debería ser útil para la valoración y la intervención enfermeras con el fin de facilitar la adopción del rol materno. ¿Cómo lo utilizaría como guía para planificar el cuidado de Susan?

Actividades de pensamiento crítico

1. Plantéese la teoría de Mercer y el modelo de adopción del rol materno como guía para la práctica. Enumere cómo podría usarla para planificar la asistencia de una madre reciente.
2. Las familias de alto riesgo a menudo continúan presentando problemas años después del nacimiento de un niño con una malformación congénita. ¿Qué aspectos de la teoría de Mercer se podrían adaptar para la evaluación e intervención con estas madres y familias?
3. ¿Cubre el modelo propuesto por Mercer de forma adecuada los cambios en la asistencia sanitaria y su repercusión sobre la familia? ¿Qué cambios en el modelo de Mercer deben ser abordados, si es que encuentra alguno?
4. Mercer evolucionó en su teoría de la *adopción del rol materno* para convertirla en *convertirse en madre* con la intención de reflejar el carácter evolutivo de la maternidad. Plantéese la diferencia entre adoptar el rol materno y convertirse en madre. ¿Qué procesos distintos implican ambas situaciones?

Referencias para ampliar conocimientos

Publicaciones

- Meighan, M. (2014). Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 332–349) St Louis: Mosby-Elsevier.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226–232.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*(5), 649–651.
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*(5), 568–582.

Páginas web

- Ahid, A. (2013). Presentación de diapositivas sobre la vida y obra de Ramona Mercer, en http://www.slideshare.net/azizahid1/maternal-role-attainment-theory.
- Biblioteca de la Cardinal Stritch University: adopción del rol materno de Mercer, en http://www.stritch.edu/Library/Doing-Research/Research-by-Subject/Health-Sciences-Nursing-Theorists/Ramona-T—Mercer—-Maternal-Role-Attainment/.
- Necor, J. A. (2014). Teoría de la adopción del rol materno de Ramona Mercer, en http://www.slideshare.net/JosephineAnnNecor/ramona-mercers-maternal-role-attainmenttheory.
- Presentación Prezi (2013): Ramona Mercer's maternal role attainment theory, en https://prezi.com/pieoko6bgbku/ramona-mercers-maternal-role-attainment-theory/.
- Premio al Alumno Distinguido del Pasado de la Universidad de Nuevo México: Ramona Mercer, en http://nursing.unm.edu/alumni-and-friends/daa-profiles/ramona-mercer.html.

Bibliografía

Bacon, A.C. (2001). *Maternal role attainment and maternal identity in mothers of premature infants*. Doctoral dissertation, Chicago School of Professional Psychology. *Dissertation Abstracts International*, 61, 8-B.(University Microfilms No. 2001-95004-447.).

Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.

Burke PJ, Tully JC. The measurement of role identity. *Social Forces*. 1977;55:881–897.

Burr WR, Leigh GK, Day RD, Constantine J, Symbolic interaction and the family. Burr WR, Hill R, Nye FI, Reiss IL, eds. *Contemporary theories about the family*, vol. 2. New York: Free Press; 1979:42–111.

Clark BS, Rapkin D, Busen NH, Vasquez E. Nurse practitioners and parent education: A partnership for health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2001;13(7):310–316.

Dilmore, D.L. (2003). *A comparison of confidence levels of postpartum depressed and non-depressed first time mothers*. Unpublished thesis, Gainesville, FL: University of Florida.

Donley MG. Attachment and the emotional unit. *Family Process*. 1993;32:3–20.

Ferketich SL, Mercer RT. Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*. 1995;44:31–37.

Ferketich SL, Mercer RT. Predictors of paternal role competence by risk status. *Nursing Research*. 1995;43:80–85.

Ferketich SL, Mercer RT. Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*. 1995;44:89–95.

Hartrick GA. Women who are mothers: The experience of defining self. *Health Care for Women International*. 1997;18:263–277.

Koniak-Griffin D. Maternal role attainment. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1993;25:257–262.

Mackintosh J, Callister L. Discovering self: Childbearing adolescents' maternal identity. *Journal of Maternal Child Nursing*. 2015;40(4):243–248.

McBride AB. The experience of being a parent. *Annual Review of Nursing Research*. 1984;2:63–81.

McBride AB, Shore CP. Women as mothers and grandmothers. *Annual Review of Nursing Research*. 2001;19:63–85.

Mead GH. *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press; 1934.

Meighan M. Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis: Mosby; 2014:332–349.

Meighan M, Wood AF. The impact of hyperemesis gravidarum on maternal role assumption. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2005;34(2):172–179.

Mercer RT. *Nursing care for parents at risk*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1977.

Mercer RT. *Perspectives on adolescent health care*. Philadelphia: Lippincott; 1979.

Mercer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*. 1981;30:73–77.

Mercer RT. Nursing research: The bridge to excellence in practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1984;16(2):47–51.

Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first years. *Nursing Research*. 1985;34:198–204.

Mercer RT. The relationship of age and other variables to gratification in mothering. *Health Care for Women International*. 1985;6:295–308.

Mercer RT. *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer; 1986.

Mercer RT. The relationship of developmental variables to maternal behavior. *Research in Nursing Health*. 1986;9:25–33.

Mercer RT. Responses to life-span development: A review of theory and practice for families with chronically ill members. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1989;3:23–26.

Mercer RT. *Parents at risk*. New York: Springer; 1990.

Mercer RT. *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer; 1995.

Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004;36(3):226–232.

Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006;35(5):649–651.

Mercer RT, Ferketich SL. Predictors of family functioning eight months following birth. *Nursing Research*. 1990;39:76–82.

Mercer RT, Ferketich SL. Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*. 1990;15:268–280.

Mercer RT, Ferketich SL. Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*. 1994;43:344–350.

Mercer RT, Ferketich SL. Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing Health*. 1995;18:333–343.

Mercer RT, Ferketich SL, DeJoseph JF. Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing Health*. 1993;16:45–56.

Mercer RT, Ferketich SL, DeJoseph J, May KA, Sollid D. Effects of stress on family functioning during pregnancy. *Nursing Research*. 1988;37:268–275.

Mercer RT, Hackley KC, Bostrom A. Social support of teenage mothers. *Birth Defects: Original Article Series*. 1984;20(5):245–290.

Mercer RT, May KA, Ferketich S, DeJoseph J. Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. *Nursing Research*. 1986;35:339–346.

Mercer RT, Walker LO. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006;35(5):568–582.

Neeson JD, Patterson KA, Mercer RT, May KA. Pregnancy outcome for adolescents receiving prenatal care by nurse practitioners in extended roles. *Journal of Adolescent Health Care*. 1983;4:94–99.

Nelson AM. Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2003;32:465–477.

Rode, J., & Kiel, E. (2015). The mediated effects of maternal depression and infant temperament on maternal role. *Archives of Women's Mental Health*, 1-8. Online at Springer Link: http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-015-0540-1.

Rubin R. Binding-in in the postpartum period. *Maternal Child Nursing Journal*. 1977;6:67–75.

Rubin R. *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer; 1984.

Sank, J.C. (1991). *Factors in the prenatal period that affect parental role attainment during the postpartum period in black American mothers and fathers*. Doctoral dissertation, University of Texas, Austin, Texas, 1991. (University Microfilms No. 1993-155453.).

Thornton R, Nardi PM. The dynamics of role acquisition. *American Journal of Sociology*. 1975;80:870–885.

Turner JH. *The structure of sociological theory (revised ed.)*. Homewood, IL: Dorsey Press; 1978.

von Bertalanffy L. *General system theory*. New York: George Braziller; 1968.

Walker LO, Crain H, Thompson E. Maternal role attainment and identity in the postpartum period: Stability and change. *Nursing Research*. 1986;35(2):68–71.

Walker LO, Crain H, Thompson E. Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. *Nursing Research*. 1986;35(6):322–325.

Washington, L.J. (1997). *Learning needs of adolescent mothers when identifying fever and illnesses in infants less than twelve months of age*. Doctoral dissertation, University of Miami. *Dissertation Abstracts International*, 57, (12-B). (University Microfilms No. 1997-95012-208.).

Werner H. The concept of development from a comparative and organismic point of view. In: Harris DH, ed. *The concept of development*. Minneapolis: University of Minnesota; 1957:125–148.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Mercer RT. *Nursing care for parents at risk*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1977.

Mercer RT. *Perspectives on adolescent health care*. Philadelphia: Lippincott; 1979.

Mercer RT. *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer; 1986.

Mercer RT. *Parents at risk*. New York: Springer; 1990.

Mercer RT. *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer; 1995.

Artículos de revistas

Ferketich SL, Mercer RT. Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*. 1995;44:31–37.

Ferketich SL, Mercer RT. Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*. 1995;44:89–95.

Mercer RT. A tribute to Reva Rubin. *Maternal Child Nursing*. 1995;20:184.

Mercer RT. Chronically ill children: How families adjust. *Nurseweek*. 1997;10(9):14–15: 17.

Mercer RT. The employed mother's challenges. *Nurseweek*. 1997;10(17):10–11: 15.

Mercer RT. Response to "Life-span development: A review of theory and practice for families with chronically ill members". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 2000;14(4):375–378.

Mercer RT, Ferketich SL. Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing Health*. 1995;18:333–343.

[*] Autoras anteriores: Mary M. (Molly) Meighan, Alberta M. Bee, Denise Legge y Stephanie Oetting.

Créditos de la fotografía: Marie Cox, M&M Studios, San Francisco, CA.

28

Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad

Donald E. Bailey, Jr.

Janet L. Stewart[*]

«Mi teoría puede aplicarse a la práctica y a la investigación. Se ha utilizado para explicar situaciones clínicas y diseñar intervenciones que llevan a la práctica basada en la evidencia. Las enfermeras científicas actuales y futuras siguen y seguirán extendiendo la teoría a diferentes poblaciones de pacientes. Este trabajo tiene el potencial para transformar la asistencia sanitaria.»

(Mishel, comunicación personal, mayo de 2008)

Merle H. Mishel
(1939-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Merle H. Mishel nació en Boston (Massachusetts). En 1961 obtuvo una licenciatura en la Boston University y en 1966, un máster en Enfermería Especializada en Atención Psiquiátrica en la University of California. Mishel completó en 1976 otro máster y en 1980 su doctorado en Psicología Social en la Claremont Graduate School, en Claremont, California. En su tesis doctoral, financiada con una beca individual que le fue otorgada por el National Research Service, se centró en el desarrollo y en la evaluación de la Perceived Ambiguity in Illness Scale, posteriormente conocida como la Mishel's

Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A). La escala original se ha usado como base para otras tres escalas:

1. Una versión comunitaria (MUIS-C) para enfermos crónicos que no están hospitalizados o que reciben atención médica de forma activa.
2. Una medición de la percepción de la incertidumbre que tienen los padres (PPUS, *parents' perceptions of uncertainty scale*) con respecto a la experiencia vivida por la enfermedad de sus hijos.
3. Una medición de la incertidumbre que sufren las parejas u otros familiares *(family members)* cuando un miembro de la familia se halla gravemente enfermo (PPUS-FM).

Al principio de su carrera profesional, Mishel trabajó como enfermera especializada en atención psiquiátrica en centros de enfermos agudos y ámbitos comunitarios. Mientras realizaba el doctorado, estaba en la Facultad de Enfermería de la California State University en Los Ángeles, ascendiendo de ayudante de profesor a profesora. De 1973 a 1979 ejerció de enfermera terapeuta tanto en centros públicos como privados. Tras finalizar su doctorado en Psicología Social, en 1981 se trasladó a la Facultad de Enfermería de la University of Arizona como profesora adjunta, y en 1988 obtuvo la plaza de profesora. De 1984 a 1991 fue jefa de enfermeras de la División del Área de Salud Mental. Durante su estancia en la University of Arizona, Mishel recibió un gran número de subvenciones para llevar a cabo sus investigaciones, tanto de la misma universidad como de fuera, con las que se financió un desarrollo continuado del marco teórico para la incertidumbre frente a la enfermedad. A lo largo de este período siguió ejerciendo como enfermera terapeuta en un programa de trasplantes de corazón en el centro médico de la universidad. En 1990 fue nombrada miembro de la American Academy of Nursing.

Mishel regresó a la costa este de EE. UU. en 1991 y se incorporó al cuerpo docente como profesora en la Escuela de Enfermería Chapel Hill de la University of North Carolina, y en 1994 se le concedió la presidencia remunerada del Kenan Professor of Nursing. En 1997 los amigos del National Institute of Nursing Research otorgaron a

Mishel un premio por su mérito en la investigación y la invitaron a que presentara su investigación en el Congressional Breakfast de 1999 para que sirviera como ejemplo de los estudios de intervención enfermera financiados por el Gobierno norteamericano. Fue directora del Premio T-32 Institutional National Research Service Award Training Grant, Interventions for Preventing and Managing Chronic Illness, que recompensa los trabajos becados de investigación pre- y posdoctorales a profesionales de enfermería interesados en el desarrollo de intervenciones para atender a pacientes con enfermedades crónicas. El programa de investigación de Mishel sobresale por haber estado financiado ininterrumpidamente por los National Institutes of Health entre 1984 y 2011. Cada subvención se ha sustentado en los hallazgos de estudios anteriores para avanzar de forma sistemática hacia intervenciones de enfermería comprobadas científicamente y derivadas de la teoría. Mishel colidera el Hillman Scholars Program, diseñado para producir una nueva generación de profesionales de enfermería innovadores con conocimiento y competencias en investigación para resolver problemas sanitarios complejos y mejorar los cuidados de los pacientes.

Entre sus numerosos premios, de 1977 a 1979 Mishel recibió una subvención previa al doctorado por parte de la Sigma Theta Tau Sigma Xi Chapter Nurse Research y el Premio Mary Opal Wolanin Research en 1986. Ha sido becaria visitante en numerosas instituciones de EE. UU., como la University of Nebraska, la University of Texas en Houston, la University of Tennessee en Knoxville, la University of South Carolina, la University of Rochester, la Yale University y la McGill University. También ha colaborado en programas doctorales como consultora en las Facultades de Enfermería de la University of Cincinnati de 1991 a 1992 y de la Rutgers University en 1993. En 2004, Mishel recibió el Premio Linnea Henderson Research Fellowship Program, de la Facultad de Enfermería de la Kent State University. En los últimos 20 años, Mishel ha ofrecido más de 80 charlas en escuelas de enfermería de EE. UU. y Canadá. Como reflejo de este interés internacional creciente en su teoría y modelos de medición, Mishel dirigió un International Symposium on Uncertainty en la Kyungpook National University de Daegu (Corea del Sur), fue

académica visitante en la Mahidol University en Bangkok (Tailandia) y ofreció el discurso inaugural en la convención anual de la Japanese Society of Nursing Research, en Sapporo (Japón).

Mishel es miembro de un gran número de organizaciones profesionales. Entre ellas destacan la American Academy of Nursing, la Sigma Theta Tau International, la American Psychological Association, la American Nurses Association, la Society of Behavioral Medicine, la Oncology Nursing Society, la Southern Nursing Research Society y la Society for Education and Research in Psychiatric Nursing. Asimismo, ha trabajado como revisora de las subvenciones que otorga el National Cancer Institute, el National Center for Nursing Research y el National Institute on Aging, y es miembro fundadora de la sección en la que se estudia el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) del National Institute of Mental Health. La Dra. Mishel se jubiló de la University of North Carolina, en Chapel Hill, en 2014.

Fuentes teóricas

Cuando Mishel comenzó a investigar acerca de la incertidumbre, este concepto aún no se había usado en el contexto de la salud y de la enfermedad. Su teoría sobre la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1988) se basaba en modelos ya existentes de procesamiento de información (Warburton, 1979) y en el estudio de la personalidad (Budner, 1962), procedentes de la psicología, que identificaban la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna de una situación o un hecho. Mishel atribuye el marco subyacente del estrés, la valoración, el afrontamiento y la adaptación de su teoría original al trabajo de Lazarus y de Folkman (1984). Lo que sí es exclusivo de Mishel es la aplicación de este marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad, una propuesta que resulta valiosa para las enfermeras.

Con la reconceptualización de la teoría, Mishel (1990) reconoció que, en los países occidentales, el enfoque de la ciencia ofrecía una visión mecanicista, debido a su interés por el control y por la predictibilidad. Mishel usó la teoría social crítica para reconocer el

sesgo inherente de la teoría original, a saber, la orientación hacia la certeza y la adaptación. Así, agregó los principios de la teoría del caos y los sistemas abiertos para obtener una representación más precisa del modo en que una enfermedad crónica provoca el desequilibrio, y del modo en que las personas incorporan un estado de continua incertidumbre para así encontrar un nuevo sentido a la enfermedad.

Principales conceptos y definiciones

Incertidumbre

La **incertidumbre** es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o de predecir con precisión qué resultados se obtendrán (Mishel, 1988).

Esquema cognitivo

El **esquema cognitivo** es la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización (Mishel, 1988).

Marco de los estímulos

El **marco de los estímulos** constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona; estímulos que, por tanto, se estructuran dentro de un esquema cognitivo (Mishel, 1988).

Tipología de los síntomas

La **tipología de los síntomas** es el grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos como un modelo o configuración (Mishel, 1988).

Familiaridad de los hechos

La **familiaridad de los hechos** supone el grado en que una situación se antoja habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles (Mishel, 1988).

Coherencia de los hechos

La **coherencia de los hechos** se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad (Mishel, 1988).

Fuentes de la estructura

Las **fuentes de la estructura** representan los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos (Mishel, 1988).

Autoridad con credibilidad

La **autoridad con credibilidad** es el grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que la atiende (Mishel, 1988).

Apoyos sociales

Los **apoyos sociales** que se reciben influyen en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos (Mishel, 1988).

Capacidades cognitivas

Las **capacidades cognitivas** son las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación (Mishel, 1988).

Inferencia

La **inferencia** se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas (Mishel, 1988).

Ilusión

La **ilusión** se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre (Mishel, 1988).

Adaptación

La **adaptación** refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual (Mishel, 1988).

Nueva perspectiva de la vida

La **nueva perspectiva de la vida** representa la reformulación de un

nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida (Mishel, 1988).

Pensamiento probabilístico

El **pensamiento probabilístico** se refiere a la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad (Mishel, 1988).

Uso de datos empíricos

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel se desarrolló a raíz de la tesis doctoral que realizó con pacientes hospitalizados, por lo que utilizó tanto datos cualitativos como cuantitativos y, de esta forma, creó la primera conceptualización de la incertidumbre en el contexto de la enfermedad. Comenzando por la publicación de la Mishel's Uncertainty in Illness Scale (Mishel, 1981), se han llevado a cabo amplias investigaciones sobre las experiencias en incertidumbre de adultos que padecen enfermedades crónicas o que amenazan la vida. Se han recogido pruebas empíricas significativas que confirman el modelo teórico de Mishel en las personas adultas. Se han llevado a cabo varias revisiones integradas de la investigación de la incertidumbre, en las que se resume y examina de forma exhaustiva el estado de la ciencia (Cahill et al., 2012; Hansen et al., 2012; Mishel, 1997a; 1999; Stewart y Mishel, 2000). En este capítulo se incluyen los estudios que apoyan de modo directo los elementos que presenta Mishel en su modelo de incertidumbre.

La mayor parte de los estudios empíricos se han centrado en dos de los antecedentes de la incertidumbre: el marco de los estímulos y las fuentes de la estructura, además de la relación entre la incertidumbre y las consecuencias psicológicas. Mishel analizó otros elementos del modelo al comienzo de su programa de investigación, como los papeles mediadores de la evaluación de la situación y el intento de sobrellevarla (Mishel et al., 1991; Mishel y Braden, 1987; Mishel y Sorenson, 1991), y estos elementos se han incorporado recientemente en varios estudios de intervención sobre

el manejo de la incertidumbre (Cohen et al., 2016; Rains y Tukachinsky, 2015).

Se ha demostrado en estudios que los indicadores objetivos y subjetivos tanto de la amenaza de la muerte como de la sintomatología de una enfermedad están relacionados positivamente con la incertidumbre (Baird y Eliasziw, 2011; Cohen et al., 2016; Somjaivong et al., 2011). En un estado continuado de enfermedad, la impredecibilidad de la aparición, duración e intensidad de los síntomas se ha asociado con la percepción de la incertidumbre (Arroll et al., 2012; Kim, Lee y Lee, 2012). De modo similar, la ambigua naturaleza de la sintomatología de la enfermedad y la consecuente dificultad para determinar la significación de las sensaciones físicas a menudo se han identificado como fuentes de incertidumbre (Hilton, 1988; Lin et al., 2015).

Se ha llegado a la conclusión de que el apoyo social tiene un efecto directo sobre la incertidumbre, puesto que reducía la complejidad percibida; pero también tenía un efecto indirecto, por su influencia en la predictibilidad de la tipología de los síntomas (Donovan et al., 2014; Lin, 2012; Mishel y Braden, 1988; Scott et al., 2011; Somjaivong et al., 2011). La percepción del estigma asociado con determinadas enfermedades, especialmente la infección por el VIH (Regan-Kubinski y Sharts-Hopko, 1995) y el síndrome de Down (Van Riper y Selder, 1989) provocaba incertidumbre, ya que las familias no sabían cómo reaccionarían los demás ante el diagnóstico de estas enfermedades. Los mismos miembros de la familia mostraron niveles altos de incertidumbre, lo que podía originar una disminución del apoyo ofrecido al paciente (Baird y Eliasziw, 2011; Brown y Powell-Cope, 1991; Fedele et al., 2013; Hilton, 1996). La incertidumbre se vio aumentada por la interacción del personal sanitario, del que la familia y el paciente obtenían información confusa o explicaciones demasiado simples que no encajaban con su experiencia vivida, o se daban cuenta de que el personal sanitario no era experto en la materia o no era el adecuado para ayudarles a convivir con las complejidades que presentaba la enfermedad (Checton y Greene, 2012; Step y Ray, 2011).

En numerosos estudios se ha visto el efecto negativo que provoca la incertidumbre en las consecuencias psicológicas, como la

ansiedad, la depresión, la desesperación, los trastornos psicológicos (Arroll et al., 2012; Kim y So, 2012; Miles, Funk y Kasper, 1992; Mishel y Sorenson, 1991; Page et al., 2012), el trastorno por estrés postraumático (Tackett et al., 2016), la calidad de vida (Lasker et al., 2011; Somjaivong et al., 2011; Song et al., 2011), la satisfacción por las relaciones familiares (Wineman et al., 1993), la satisfacción por el servicio sanitario (Tai-Seale et al., 2012) y el mantenimiento de las propias actividades de autocuidado de los familiares que tienen a su cargo a un enfermo (O'Brien, Wineman y Nealon, 1995). También se ha demostrado que la incertidumbre influye sobre la experiencia negativa de los síntomas en las supervivientes al tratamiento del cáncer de mama (Hall, Mishel y Germino, 2014).

En 1990, se amplió la teoría original para aportar la idea de que puede que no haya una solución contra la incertidumbre, pero el individuo tiene que aceptarla como parte de la realidad en que vive. En este contexto, la incertidumbre se reinterpreta como una oportunidad y origina un nuevo punto de vista de la vida regido por la probabilidad. Con el fin de adoptar este nuevo modo de ver la vida, el paciente debe confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario, los cuales también deben optar por la creencia en la probabilidad (Mishel, 1990). Si la incertidumbre se acepta como una parte normal de la vida, esta puede convertirse en una fuerza positiva que ofrezca múltiples oportunidades y provoque estados de ánimo positivos (Mishel, 1990).

La reconceptualización de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad se ha visto respaldada sobre todo por estudios cualitativos realizados a personas con enfermedades crónicas o mortales. El proceso de formulación de un nuevo enfoque de la vida fue descrito como el replanteamiento de la perspectiva de la vida (Hilton, 1988), nuevos objetivos en la vida (Carter, 1993), un modo diferente de vivir en el mundo (Mast, 1998), convivir y madurar con la incertidumbre (He et al., 2016) y una forma diferente de organizarse la vida (Fleury, Kimbrell y Kruszewski, 1995). En estudios realizados con hombres que sufrían enfermedades crónicas o con sus cuidadores, el proceso se describió como un cambio en la identidad de uno mismo y nuevos objetivos en la vida (Brown y Powell-Cope, 1991), una visión más optimista de la vida (Katz, 1996), el replanteamiento de qué es lo

verdaderamente importante (Nyhlin, 1990), la meditación y la autoestima (Charmaz, 1995), la interpretación de la incertidumbre como una oportunidad (Baier, 1995), la redefinición del concepto de normalidad y el planteamiento de nuevos sueños (Mishel y Murdaugh, 1987).

Principales premisas

Persona

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel es una teoría de nivel medio centrada en las personas. En esta teoría, publicada en 1988, se incluyeron varios postulados relevantes (fig. 28.1). Los dos primeros reflejaban la conceptualización de la incertidumbre dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología:

1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
2. La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

Otros dos supuestos reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en los modelos de afrontamiento, que presentan una relación lineal del estrés a los sistemas de afrontamiento y a la relación de adaptación como sigue:

3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el deseado resultado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.
4. La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación.

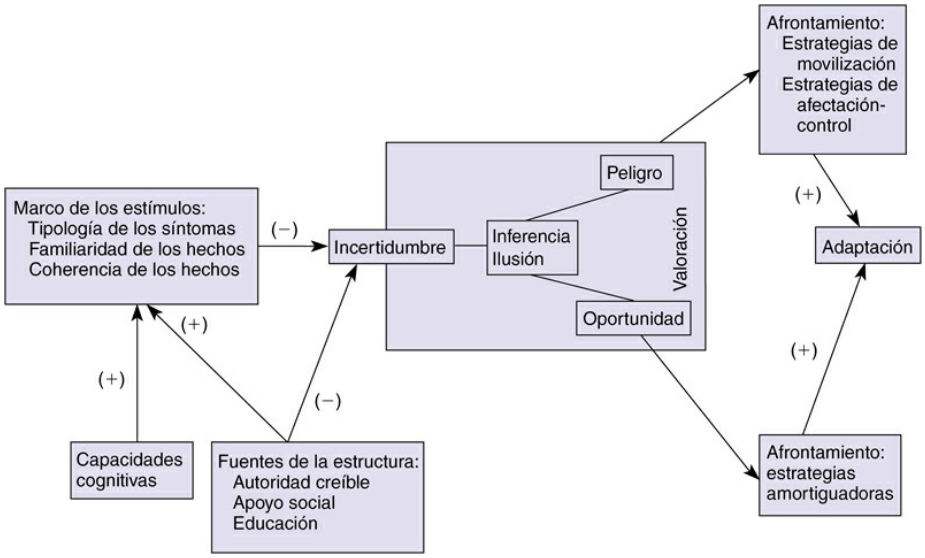


FIGURA 28.1 Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad. (Tomado de Mishel, M. H. [1988]. Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 226.)

Mishel cuestionó los postulados 3 y 4 en su reconceptualización de la teoría en 1990. La reconceptualización surgió como resultado de los descubrimientos contradictorios que se obtuvieron al aplicar la teoría a enfermos crónicos. La formulación original de la teoría sostenía que la incertidumbre normalmente solo se contempla como una oportunidad cuando representa una trayectoria descendente conocida; en otras palabras, la incertidumbre se valora como una oportunidad cuando sirve de alternativa a una certeza negativa. Sin embargo, Mishel y otros autores constataron que las personas consideran la incertidumbre como una oportunidad en situaciones que no corresponden a una trayectoria descendente, como es el caso de personas que padecen una enfermedad crónica prolongada y que, en este contexto, cambian su enfoque de la vida.

En ese momento, Mishel adoptó la teoría del caos para explicar el modo en que la sensación prolongada de incertidumbre puede servir de catalizador para hacer cambiar la perspectiva que la persona tiene de la vida y de la enfermedad. La teoría del caos aportó dos de las siguientes asunciones teóricas que sustituyen al estrés lineal por afrontar la porción de adaptación del modelo, del modo siguiente:

- Las personas, como sistemas biopsicosociales que son, normalmente se hallan lejos de un estado de equilibrio.

- Las fluctuaciones significativas en los sistemas alejados del estado de equilibrio aumentan la receptividad del sistema para que cambie.
- Las fluctuaciones producen la reestructuración, que se repite en todos los niveles del sistema.

En la teoría reconceptualizada de Mishel, ni los factores que anteceden a la incertidumbre ni el proceso de valoración cognitivo de la incertidumbre se interpretan como un peligro o como una oportunidad de cambio. Sin embargo, la incertidumbre que se tiene con respecto al concepto de tiempo, y que se relaciona con enfermedades graves, sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables. La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen condensados y, por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocados por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

Lo ideal sería que, en condiciones de incertidumbre crónica, la persona pasase gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de un nuevo modo de ver la vida que acepte esta como parte de la realidad (fig. 28.2). Por consiguiente, la incertidumbre, sobre todo en enfermedades crónicas y en enfermedades potencialmente mortales, puede conducir a un nuevo nivel de organización y a una nueva perspectiva de la vida, incorporando la madurez y el cambio que se puedan adquirir a raíz de situaciones de incertidumbre.

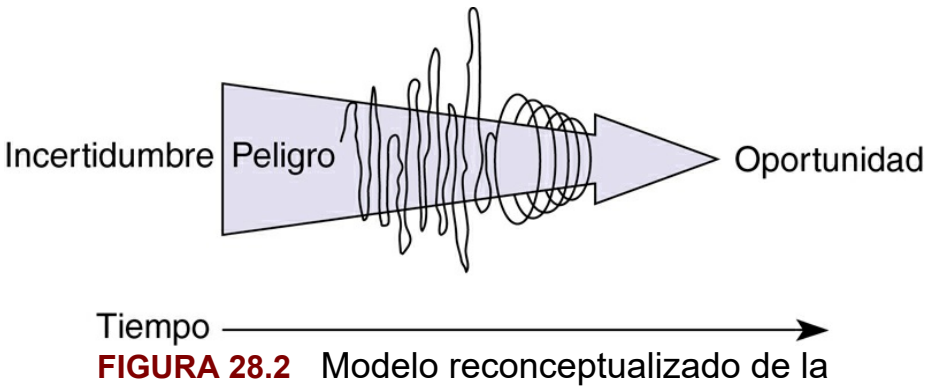


FIGURA 28.2 Modelo reconceptualizado de la

incertidumbre en enfermedades crónicas. (Copyright Merle Mishel, 1990.)

Fundamentos teóricos

Mishel afirmó lo siguiente (1988, 1990):

- La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente un suceso relacionado con la enfermedad, debido a la falta de claves suficientes.
- La incertidumbre puede presentarse bajo la forma de ambigüedad, complejidad, falta de información, información nada consistente o imprevisibilidad.
- Cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad y la coherencia de los sucesos (marco de los estímulos) aumentan, el grado de incertidumbre disminuye.
- Las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) provocan, de modo directo, una disminución de la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos e, indirectamente, al fortalecer el marco de los estímulos.
- La incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que esta genera.
- La incertidumbre valorada como si fuese una oportunidad provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a mantener la incertidumbre.
- La influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la eficacia de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a disminuir la incertidumbre valorada como peligro o a mantenerla valorada como una oportunidad.
- Cuando la incertidumbre se valora como un peligro que no puede reducirse, se pueden emplear las estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales.

- Cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más inestable será el modo de funcionamiento del individuo aceptado previamente.
- Al hallarse bajo las condiciones de sufrir incertidumbre, el individuo tendría que desarrollar una perspectiva de vida nueva regida por la probabilidad, que acepta la incertidumbre como parte natural de la vida.
- El proceso de integrar el continuo estado de incertidumbre en la nueva manera de ver la vida puede detenerse o prolongarse por las fuentes de la estructura que no comparten el pensamiento probabilístico.
- Una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos emocionales graves.

Planteamiento lógico

Como teoría de nivel medio que se aplica y proviene de la práctica clínica, la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel es un ejemplo de la cantidad de pasos que se requieren para desarrollar una teoría con valor heurístico y práctico. Sin ser estrictamente deductivo o inductivo, el trabajo teórico de Mishel surgió de las cuestiones que esta planteó acerca de la naturaleza de un problema clínico relevante; a esto sucedió una investigación cualitativa y cuantitativa sistemática y la aplicación esmerada de la teoría adoptada de otras disciplinas. Con la publicación de su teoría original en 1988, Mishel y otros autores han llevado a cabo numerosos exámenes empíricos de las relaciones entre los principales conceptos del modelo, y así han aplicado y confirmado plenamente la teoría en contextos de enfermedad. En 1990, la reconceptualización que hizo Mishel de su teoría fue deductiva. Se basó en los principios de la teoría del caos y se confirmó con pruebas empíricas pertenecientes a múltiples estudios cualitativos, con las que se llegó a la conclusión de que las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo en caso de enfermedades crónicas graves. La teoría de Mishel representa el proceso bidireccional por el que la teoría cumple un

papel informativo, y también es adecuada para la investigación.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La teoría de Mishel describe el fenómeno experimentado por personas con enfermedades graves y crónicas, y por sus familiares. La teoría fraguó con la propia experiencia de Mishel al ser testigo de la batalla que libró su padre contra el cáncer. Durante su enfermedad, este comenzó a prestar atención a ciertos hechos que se antojaban insignificantes para las personas que lo rodeaban. Su respuesta a por qué se fijaba en esos hechos fue que, cuando esas actividades se llevaban a cabo, él podía entender qué le estaba pasando. Mishel creyó que era el modo que tenía su padre de controlar la situación y encontrar un sentido a lo que le estaba sucediendo. Al principio de elaborar su teoría, Mishel comprendió que las enfermeras podían identificar el fenómeno basándose en sus experiencias con los pacientes.

Varias enfermeras han llevado la teoría de la investigación a la práctica. Hansen et al. (2012) sintetizaron hallazgos de estudios cualitativos para producir una tipología de experiencias de la incertidumbre en los pacientes que guía la implicación y la intervención de la enfermería. Análogamente, la teoría se ha utilizado en recomendaciones para la práctica de cuidados de enfermería críticos, cardíacos, médico-quirúrgicos y enteroestomales (Carroll, McGillion y Arthur, 2014; Hilton, 1992; Righter, 1995).

Al revisar la base de datos de los usuarios de la escala del control de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1997b), se observa que gran parte de ellos es personal sanitario que trata de comprender la experiencia de la incertidumbre en diversos ámbitos de la práctica clínica y con pacientes de distintos tipos. Los médicos de 16 países han utilizado la escala y la teoría de Mishel.

Formación

La teoría ha sido utilizada ampliamente por estudiantes de grado como marco teórico para tesis y exposiciones, como asunto central del análisis de conceptos y para la crítica de teorías de enfermería de nivel medio. Mishel emplea la teoría como ejemplo para ilustrar de qué modo guía el desarrollo de las intervenciones de enfermería en sus cursos de nivel doctoral. Mishel presenta frecuentemente conferencias, seminarios y simposios de enfermería a escala nacional e internacional, y comparte sus hallazgos empíricos y el proceso de desarrollo teórico con profesores y estudiantes.

Investigación

Como se ha señalado anteriormente, se ha llegado a un amplio corpus de conocimientos gracias al uso que han hecho los investigadores de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad y de sus escalas. El programa de investigación de Mishel abarca el análisis de las intervenciones de la enfermería psicoeducativa, basadas en el modelo teórico, en casos de adultos con cáncer de mama o de próstata. Las escalas y la teoría son utilizadas por enfermeras dedicadas a la investigación y por científicos de otras disciplinas para describir y explicar las reacciones psicológicas de las personas que sufren de incertidumbre frente a un estado de enfermedad y prueban intervenciones para abordar dicha incertidumbre en contextos mórbidos. Las escalas se han traducido a doce idiomas y se han usado en investigaciones en todo el mundo. Mishel (1997a, 1999) ha revisado la investigación realizada sobre la incertidumbre en casos de enfermedad grave y crónica y ha sido coautora de una revisión de investigación sobre la incertidumbre en enfermedades infantiles (Stewart y Mishel, 2000). Las investigaciones actuales sobre la incertidumbre en la enfermedad, aunque siguen generando evidencias empíricas de la teoría, cada vez se centran en la demostración teórica de las intervenciones.

Evolución

Mishel et al. han utilizado la teoría original como un marco organizador para siete estudios de intervenciones de enfermería de

financiación federal. La intervención ha ampliado los conocimientos sobre el cáncer, ha reducido la carga de los síntomas y ha mejorado la calidad de vida en mujeres mexicano- estadounidenses, caucásicas y afroamericanas con cáncer de mama, en hombres afroamericanos y caucásicos con diagnóstico reciente de cáncer de próstata y en hombres con cáncer de próstata localizado, avanzado o recurrente y sus familiares (Germino et al., 2013; Gil et al., 2004; 2005; 2006; Mishel et al., 2002, 2003, 2009).

La aplicabilidad de la teoría al contexto de enfermedades infantiles graves ha recibido apoyo en padres de niños con infección por el VIH (Santacroce, Deatrick y Ledlie, 2002) y en niños sometidos a tratamiento para el cáncer (Lin, Yeh y Mishel, 2010; Stewart, 2003; Stewart, Lynn y Mishel, 2010; Stewart et al., 2010). Bailey utiliza la teoría para apoyar la investigación en hepatitis C crónica (Bailey et al., 2009, 2010) y ha evaluado una intervención de automanejo de la incertidumbre en pacientes en espera de un trasplante hepático y sus cuidadores.

A partir de datos cualitativos que apoyan la teoría reconceptualizada, Mishel y Fleury (1994) desarrollaron la Growth Through Uncertainty Scale (GTUS) para medir la nueva visión de la vida que puede surgir a partir de una incertidumbre continuada. Los investigadores han utilizado también la teoría reconceptualizada para comprender la experiencia de la incertidumbre en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama (Mast, 1998) y en personas con esquizofrenia y sus familiares (Baier, 1995). La teoría reconceptualizada sirvió como base para el estudio de intervenciones de enfermería de Mishel y otros en mujeres de menos de 50 años que se enfrentaban a las incertidumbres continuas inherentes a sobrevivir al cáncer de mama. Bailey aplicó la teoría y los datos de entrevistas cualitativas con hombres de edad avanzada que habían optado por la actitud expectante como tratamiento de su cáncer de próstata, para desarrollar una intervención de enfermería dirigida a integrar la incertidumbre en su vida, ver su existencia desde una perspectiva positiva y mejorar su calidad de vida (Bailey, Wallace y Mishel, 2007). En el primer estudio de la Intervención del Tratamiento de la Incertidumbre para Actitud Expectante, los hombres llegaron a ver su vida desde una perspectiva nueva y

positiva, comunicaron que su calidad de vida era mejor que en el grupo de control y esperaban que se mantuviera en ese nivel en el futuro (Bailey et al., 2004). Wallace (actualmente Kazer) y Bailey realizaron una prueba piloto de una versión *online* de la intervención para hombres con cáncer de próstata sometidos a supervisión activa (anteriormente referida como *actitud expectante*) (Kazer et al., 2011).

La evidencia empírica sustancial que apoya las teorías de la incertidumbre en la enfermedad proporciona una base sólida para ampliar la teoría al desarrollo de intervenciones y mejorar los resultados de los pacientes y su familia. Además de los propios estudios de Mishel sobre intervenciones en pacientes con cáncer de mama o de próstata, varios investigadores han verificado las intervenciones para ayudar a los pacientes a manejar la incertidumbre. Muchos estaban dirigidos a reducir las fuentes de dicha incertidumbre (Chair et al., 2012; Chiou y Chung, 2012; Faithfull, Cockle-Hearne y Khoo, 2011; Kazer et al., 2011; Lebel et al., 2014; Muthusamy et al., 2012; Schover et al., 2012). Otros se centraron en proporcionar apoyo (Heiney et al., 2012; Maheu et al., 2015) y estrategias específicas de afrontamiento (Faithfull, Cockle-Hearne y Khoo, 2011; Fedele et al., 2013) para ayudar a los pacientes a manejar su incertidumbre.

Crítica

Claridad

La **incertidumbre** es el concepto principal de esta teoría, y se define como un estado cognitivo en el que las personas no son capaces de determinar qué significan los hechos que ocurren debido a la enfermedad (Mishel, 1988). La teoría original sostiene que controlar la incertidumbre es esencial para conseguir la adaptación durante la enfermedad, y explica el modo en que las personas procesan cognitivamente los hechos asociados a la enfermedad y el modo en que les dan un significado. Los conceptos de la teoría original se organizan en un modelo lineal que gira alrededor de tres ideas principales:

1. Antecedentes de la incertidumbre.
2. Proceso de valoración de la incertidumbre.
3. Sistemas de sobrellevar la incertidumbre.

Se trata de un marco claro y fácil de seguir. Entre los antecedentes de la incertidumbre se encuentran el marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura. En el modelo lineal, las variables antecedentes tienen una relación inversa, tanto directa como indirecta, con la incertidumbre.

El segundo componente conceptual del modelo es la **valoración.** La incertidumbre se contempla como un estado neutro, ni positivo ni negativo, hasta que el individuo la somete a valoración. La valoración de la incertidumbre consta de dos procesos: 1) la inferencia, y 2) la ilusión. La inferencia se forma a raíz de la disposición del individuo, que incluye la capacidad de inventiva adquirida, el dominio y el área de control. Se refiere a la creencia del individuo de que puede llegar a controlar los acontecimientos de su vida. La ilusión es una creencia que nace de la incertidumbre y que considera los aspectos positivos de una situación. Basada en el proceso de evaluación, la incertidumbre se interpreta bien como un peligro, bien como una oportunidad. La incertidumbre vista como un peligro se da cuando el individuo considera la posibilidad de que haya un resultado negativo. Por el contrario, la incertidumbre vista como una oportunidad es fruto de la ilusión, aunque la inferencia también puede conducir a que la persona valore la situación como si se pudiesen obtener resultados positivos. En este caso, se prefiere el estado de incertidumbre y la persona mantiene la esperanza.

El **afrontamiento** es la tercera idea que presenta el modelo original sobre la incertidumbre. El afrontamiento se produce de dos modos, y tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se divide en acción directa, vigilancia, búsqueda de información para coordinar estrategias, control del sistema afectivo por medio de la fe, desprendimiento de todo lo que asfixia y apoyo psicológico. Si, en cambio, la incertidumbre se observa como una oportunidad, el afrontamiento ofrece una especie de barrera con el fin de conservarla.

En 1990, se reconceptualizó la teoría original con el propósito de incorporar la idea de que las enfermedades crónicas implican una larga duración (posiblemente años), por lo que se vuelve a valorar la incertidumbre. La persona es vista como un sistema abierto que intercambia energía con su entorno y, más que tratar de volver a una situación de estabilidad, los enfermos crónicos deberían pensar en una orientación del mundo compleja y dar un nuevo significado a sus vidas. Si la incertidumbre se interpreta como una perspectiva normal de la vida, esta puede convertirse en una fuente positiva, con múltiples oportunidades que provoquen estados de ánimo positivos. Para llegar a este punto, la persona tiene que creer en la probabilidad, lo que le permitirá estudiar un gran número de posibilidades y tener en consideración muchas maneras de conseguirlas a medida que el paciente baraja diversas reacciones ante situaciones diferentes y se da cuenta de que la vida puede cambiar de un día para otro.

Mishel describió este proceso como una nueva manera de ver la vida en la que la incertidumbre pasa de ser un peligro a ser una oportunidad. En el caso de que el paciente quiera adoptar esta nueva visión de la vida, tiene que confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario, y este, a su vez, tiene que adoptar el pensamiento probabilístico. La relación entre el personal sanitario y el paciente tiene que concentrarse en percibir esa continua incertidumbre y en enseñar al paciente a usar la incertidumbre para encontrar distintas explicaciones a los hechos. Por tanto, las fuentes de la estructura, incluidas en la teoría original, se mantienen en el modelo reconceptualizado.

A pesar de la complejidad y de la gran dimensión de los dos modelos, estos se presentan de forma clara y están conceptualizados de un modo comprensible. En 1981, Mishel presentó su modelo de medición; en 1988, su modelo teórico original, y en 1990, su teoría reconceptualizada; todas estas publicaciones explican con detalle el modelo para su aplicación en el ámbito clínico y también en el de la investigación.

Sencillez

Los dos modelos de incertidumbre frente a la enfermedad

contienen gran cantidad de conceptos, que van de simples a complejos, y de directos a indirectos. Existen once conceptos principales reunidos entre las tres ideas de la teoría original, además de varios conceptos nuevos que se incluyeron en el modelo una vez reconceptualizado. Los antecedentes de la incertidumbre son concisos, y sus definiciones son claras y simples. El componente de la valoración es complejo porque representa los procesos cognitivos con las creencias y los valores de la persona. La fase de afrontamiento de la teoría también es compleja, puesto que depende de la parte del modelo de la valoración y, de nuevo, engloba diferentes tipos de estrategias que van orientadas a la adaptación. La parte del modelo que corresponde a los resultados está diferenciada en dos conceptualizaciones de la teoría: la relativa a pacientes con enfermedades graves y la relativa a la ampliación del modelo, que tiene como finalidad que los pacientes se adapten a convivir con su enfermedad crónica. Si bien los modelos no son simples, en general las definiciones de los conceptos y las relaciones entre ellos funcionan bien y su comprensión es fácil.

Generalidad

Las teorías explican el modo en que las personas dan un significado a los hechos que están relacionados con el estado de la enfermedad. Son generalizables y de carácter amplio, y pueden aplicarse tanto a los mismos enfermos como a las parejas o los padres de las personas que sufren de incertidumbre a causa de una enfermedad. El concepto de autoridad con credibilidad puede aplicarse a médicos, enfermeras y demás personal sanitario. Las teorías pueden aplicarse en varias áreas de la práctica enfermera y han sido utilizadas por personal sanitario para tratar a personas con enfermedades graves y crónicas como cáncer, enfermedades cardíacas y esclerosis múltiple.

Accesibilidad

Mishel concibió sus dos modelos teóricos basándose en su programa de investigación. Muchos de los conceptos, postulados y relaciones entre las variables se apoyan en la investigación empírica. Los conceptos están bien descritos, y sus relaciones se

construyen de forma precisa con definiciones operativas claras y contrastadas. Las pruebas de la teoría se han desarrollado en el campo de la investigación y en centros clínicos. La teoría ha conducido al desarrollo y la verificación de intervenciones de enfermería para manejar la incertidumbre.

Importancia

Las consecuencias deducibles se determinan al examinar si la teoría guía la investigación, aporta información a la práctica, crea ideas nuevas y si diferencia entre lo que es esencial para la enfermería y lo que es esencial para las otras disciplinas. El trabajo de Mishel es un ejemplo de teoría de nivel medio que aporta información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades graves y crónicas. La teoría ha generado investigaciones empíricas relevantes en las que se ha estudiado a personas adultas que padecen una enfermedad y sus familias; las teorías siguen fomentando nuevos campos de investigación, como el estudio de la incertidumbre en niños, en ancianos que adoptan una conducta expectante como único tratamiento para el cáncer de próstata y en el personal sanitario que informa a los pacientes de las opciones de tratamiento existentes en casos de pronósticos inciertos. Mishel considera que, al definir y conceptualizar un problema clínico importante, su trabajo apoya y enriquece la práctica enfermera. La teoría y su reconceptualización representan los marcos basados y dirigidos a la práctica, lo que las convierte en un proceso esencial para la enfermería al tratarse de una disciplina práctica.

Resumen

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad proporciona un marco global en el que contemplar la experiencia de enfermedad aguda y crónica y organizar las intervenciones enfermeras para fomentar la adaptación óptima. La teoría ayuda a explicar los factores estresantes asociados con el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad importante o de una condición crónica, los procesos por los que los individuos valoran y responden a una incertidumbre inherente en una experiencia de enfermedad y la importancia de los cuidadores profesionales para

proporcionar información y apoyo a los individuos para comprender y manejar la incertidumbre. La teoría reconceptualizada se dirige al contexto único de incertidumbre continuada y, por tanto, amplía la teoría original para abarcar la trayectoria de incertidumbre continua de muchas enfermedades crónicas y que ponen en peligro la vida. La teoría original y su reconceptualización están bien explicadas, proporcionan apoyo a las bases teóricas y confirmación empírica, y puede aplicarse a muchos contextos de enfermedad para apoyar la práctica enfermera basada en datos científicos.

Caso clínico

Parte 1: teoría original

Rosie, una mujer de 45 años con tres hijos, ha sido diagnosticada de cáncer de mama en estadio 3. Se le detectó una masa en la mama izquierda durante su revisión ginecológica anual, y se ha sometido a pruebas diagnósticas más amplias, incluyendo mamografía y biopsia del nódulo centinela. Fue derivada por su médico de atención primaria a un programa de cáncer de mama en el centro médico regional a 2 h de su casa. El equipo multidisciplinario ha recomendado que Rosie sea sometida a quimioterapia preoperatoria, seguida de una mastectomía parcial y cirugía reparadora. El marido de Rosie la ha acompañado a la mayoría de visitas médicas, aunque fue incapaz de asistir a la visita final donde se le recomendó el tratamiento.

Lily, la enfermera práctica que coordina el cuidado de Rosie (fuente de estructura-autoridad creíble), dirige sus intervenciones hacia las múltiples fuentes de incertidumbre para Rosie y su familia, incluyendo la falta de información sobre las opciones terapéuticas y los resultados (familiaridad con la situación), desconocimiento del entorno terapéutico (familiaridad con la situación), expectativas de los efectos secundarios de la quimioterapia y de la recuperación postoperatoria (patrón del síntoma), efecto del tratamiento sobre las relaciones familiares y pronóstico. En concreto, Lily se dirige a responder muchas preguntas de Rosie sobre por qué su plan terapéutico es diferente del que le comentó su médico de atención primaria (congruencia

de la situación) y cómo funcionará su familia mientras ella esté sometida al tratamiento. Lily le proporciona una grabación con una explicación sobre el tratamiento de manera que el marido de Rosie (apoyo social-fuente de estructura) pueda oír lo que sucederá y pueda apoyar a Rosie a la hora de responder preguntas y comprender la información proporcionada. El apoyo de Lily a Rosie y a su familia prosigue durante todo el tratamiento de Rosie y, periódicamente, valora las fuentes de incertidumbre y las estrategias que Rosie y su familia utilizan para manejarlas.

Parte 2: teoría reconceptualizada

Dos años después del diagnóstico de cáncer de mama, Rosie vuelve al centro para una visita de seguimiento. Lily le pide a Rosie que le cuente su experiencia con el cáncer. Aunque Rosie describe el momento del diagnóstico y del tratamiento como caóticos y dominados por la incertidumbre, en el que se preguntaba cómo saldrían adelante tanto ella como su familia, le cuenta a Lily que gradualmente empezó a ver que la experiencia del cáncer proporcionaba un nuevo significado a su vida y le ayuda a establecer prioridades. Dejó un trabajo que no la satisfacía y ahora dirige su energía hacia sus relaciones con sus hijos adolescentes. Rosie y su marido han disfrutado recientemente de un segundo viaje de luna de miel a Hawái que había sido largamente pospuesto. Le dice a Lily que actualmente considera cada día como una oportunidad para vivir la vida y enriquecer las vidas de sus hijos.

Actividades de pensamiento crítico

1. Le han asignado a la señora Green como nueva paciente. Quiere saber sobre sus percepciones sobre su situación actual, las relaciones de apoyo y experiencias anteriores con la salud y la enfermedad. ¿Qué preguntas le haría para evaluar su nivel de incertidumbre?
2. Está trabajando con una mujer joven que vive con esclerosis múltiple desde hace 6 años. Durante una exacerbación de la enfermedad se centra en sus planes para estudiar Derecho. Un compañero le sugiere que quizá la chica esté negando la

gravedad de su enfermedad. Utilice la teoría reconceptualizada de la incertidumbre frente a una enfermedad con el fin de proponer a la chica un enfoque alternativo para la perspectiva de su vida.

Referencias para ampliar conocimientos

- Germino, B. B., Mishel, M. H., Crandell, J., et al. (2013). Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 40*(1), 82–92.
- Mishel, M. (2008). *The Nurse Theorists: Portraits of Excellence,* vol. II (vídeo). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Research Tested Interventions for Practice (RTIP), NCI. Página web de Managing Uncertainty in Older Long-term Breast Cancer Survivors, en http://rtips.cancer.gov/rtips/index.do.

Pueden enviarse solicitudes de las escalas a Sandy Staley, Department Manager, UNC Philosophy Department, 102 A Caldwell Hall, CB 3125 Chapel Hill, NC 27599-3125; sstaley@email.unc.edu.

Bibliografía

Arroll M, Dancey CP, Attree EA, Smith S, James T. People with symptoms of Meniere's disease: The relationship between illness intrusiveness, illness uncertainty, dizziness handicap, and depression. *Otology & Neurology*. 2012;33(5):816–823.

Baier M. Uncertainty of illness for persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 1995;16:201–212.

Bailey DE, Barroso J, Muir AJ, et al. Patients with chronic hepatitis C undergoing watchful waiting: Exploring trajectories of illness uncertainty and fatigue. *Research in Nursing and Health*. 2010;33(5):465–473.

Bailey DE, Mishel MH, Belyea M, Stewart JL, Mohler J. Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer Nursing*. 2004;27(5):339–346.

Bailey DE, Wallace M, Mishel MH. Watching, waiting, and uncertainty in

prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:734–741.

Bailey Jr DE, Landerman L, Barroso J, et al. Uncertainty, symptoms and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*. 2009;50(2):138–146.

Baird DL, Eliasziw M. Disparity in perceived illness intrusiveness and illness severity between cardiac patients and their spouses. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011;26(6):481–486.

Brown MA, Powell-Cope GM. AIDS family caregiving: Transitions through uncertainty. *Nursing Research*. 1991;40:338–345.

Budner S. Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*. 1962;30:29–50.

Cahill J, LoBiondo-Wood G, Bergstrom N, Armstrong T. Brain tumor symptoms as antecedents to uncertainty: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(2):145–155.

Carroll SL, McGillion M, Arthur HM. Living with an implantable cardiac defibrillator: A model of chronic uncertainty. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2014;28:71–86.

Carter BJ. Long-term survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*. 1993;16(5):354–361.

Chair SY, Chau MY, Sit JWH, Wong EML, Chan AWK. The psychological effects of a videotape educational intervention on cardiac catheterization patients. *Contemporary Nurse*. 2012;40(2):225–233.

Charmaz K. Identity dilemmas of chronically ill men. In: Sobo D, Gordon DF, eds. *Men's health and illness: Gender, power, and the body*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995:266–291.

Checton MG, Greene K. Beyond initial disclosure: The role of prognosis and symptom uncertainty in patterns of disclosure in relationships. *Health Communication*. 2012;27(2):145–157.

Chiou CP, Chung YC. Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision making in patients with end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(9–10):1223–1231.

Cohen EL, Scott AM, Record R, Shaunfield S, Jones MG, Collins T. Using communication to manage uncertainty about cervical cancer screening guideline adherence among Appalachian women. *Journal of Applied Communication Research*. 2016;44(1):22–39.

Donovan EE, LeFebvre L, Tardif S, Brown LE, Love B. Patterns of social support communicated in response to expressions of uncertainty in an online community of young adults with cancer. *Journal of Applied Communication Research*. 2014;42:432–455.

Faithfull S, Cockle-Hearne J, Khoo V. Self-management after prostate

cancer treatment: Evaluating the feasibility of providing a cognitive and behavioural programme for lower urinary tract symptoms. *BJU International*. 2011;1107(5):783–790.

Fedele DA, Hullmann SE, Chaffin M, et al. Impact of a parent-based interdisciplinary intervention for mothers on adjustment in children newly diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 2013;38:531–540.

Fleury J, Kimbrell LC, Kruszewski C. Life after cardiac event: Women's experience in healing. *Heart & Lung*. 1995;24:474–482.

Germino BB, Mishel MH, Crandell J, et al. Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2013;40(1):82–92.

Gil KM, Mishel M, Belyea M, et al. Triggers of uncertainty about recurrence and long term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(3):633–639.

Gil KM, Mishel MH, Belyea M, Germino B, Porter LS, Clayton M. Benefits of the uncertainty management intervention for African American and white older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2006;13(4):286–294.

Gil KM, Mishel MH, Germino B, Porter LS, Carlton-LaNey I, Belyea M. Uncertainty management intervention for older African American and Caucasian long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2005;23(2–3):3–21.

Hall DL, Mishel MH, Germino BB. Living with cancer-related uncertainty: Associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2014;22:2489–2495.

Hansen BS, Rørtveit K, Leiknes I, et al. Patient experiences of uncertainty—a synthesis to guide nursing practice and research. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(2):266–277.

He S, You L -m, Zheng J, Bi Y -l. Uncertainty and personal growth through positive coping strategies among Chinese parents of children with acute leukemia. *Cancer Nursing*. 2016;39:205–212.

Heiney SP, Adams SA, Wells LM, Johnson H, King JM. Participant evaluation of teleconference support for African American women with breast cancer. *Cancer Nursing*. 2012;34(2):E24–E30.

Hilton BA. The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing*. 1988;9:217–238.

Hilton BA. Perceptions of uncertainty: Its relevance to life-threatening and chronic illness. *Critical Care Nurse*. 1992;12:70–73.

Hilton BA. Getting back to normal: The family experience during early

stage breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1996;23:605–614.

Katz A. Gaining a new perspective of life as a consequence of uncertainty in HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 1996;7(4):51–60.

Kazer MW, Bailey Jr DE, Sanda M, Colberg J, Kelly WK. An internet intervention for management of uncertainty during active surveillance for prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2011;38(5):561–568.

Kim HY, So HS. A structural model for psychosocial adjustment in patients with early breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012;42(1):105–115.

Kim SH, Lee R, Lee KS. Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: Differences by treatment trajectory. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(7–8):1014–1023.

Lasker JN, Sogolow ED, Short LM, Sass DA. The impact of biopsychosocial factors on quality of life: Women with primary biliary cirrhosis on waiting list and post liver transplantation. *British Journal of Health Psychology*. 2011;16(3):502–527.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.

Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, et al. Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: A feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2014;8:485–496.

Lin L, Chien L-C, Acquaye AA, Vera-Bolanos E, Gilbert MR, Armstrong TS. Significant predictors of patients' uncertainty in primary brain tumors. *Journal of Neuro-Oncology*. 2015;122:507–515.

Lin L, Yeh CH, Mishel MH. Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(12):1510–1524.

Lin YH. Comparison of the uncertainty level of radical prostatectomy recipients with or without psychological support. *International Journal of Urological Nursing*. 2012;6:76–82.

Maheu C, Lebel S, Tomei C, Singh M, Esplen MJ. Breast and ovarian cancer survivors' experience of participating in a cognitive-existential group intervention addressing fear of cancer recurrence. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19:433–440.

Mast ME. Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*. 1998;25:555–562.

Miles MS, Funk SG, Kasper MA. The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing and Health*. 1992;15:261–269.

Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*. 1981;30:258–263.

Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1988;20:225–231.

Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1990;22:256–262.

Mishel MH. Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*. 1997;15:57–80.

Mishel, M.H. (1997b). *Uncertainty in illness scales manual*. Available upon request from the author at http://nursing.unc.edu/music/instruments.html.

Mishel MH. Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*. 1999;17:269–294.

Mishel MH, Belyea M, Germino BB, et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects—Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*. 2002;94:1854–1866.

Mishel MH, Braden CJ. Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*. 1987;9:43–57.

Mishel MH, Braden CJ. Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*. 1988;37:98–103.

Mishel, M.H., & Fleury, J. (1994). *Psychometric testing of the growth through uncertainty scale*. Unpublished data, University of North Carolina at Chapel Hill.

Mishel MH, Germino BB, Belyea M, et al. Moderators of an uncertainty management intervention for men with localized prostate cancer. *Nursing Research*. 2003;52:89–97.

Mishel MH, Germino BB, Lin L, et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early prostate cancer: A randomized clinical trial. *Patient Education and Counseling*. 2009;77:349–359.

Mishel MH, Murdaugh CL. Family adjustment to heart transplantation: Redesigning the dream. *Nursing Research*. 1987;36:332–338.

Mishel MH, Padilla G, Grant M, Sorenson DS. Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research*. 1991;40:236–240.

Mishel MH, Sorenson DS. Coping with uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating function of mastery and coping. *Nursing Research*. 1991;40:167–171.

Muthusamy AD, Leuthner S, Gaebler-Uhing C, Hoffmann RG, Li SH, Basir MA. Supplemental written information improves prenatal counseling: A

randomized trial. *Pediatrics*. 2012;129(5):e1269–e1274.

Nyhlin KT. Diabetic patients facing long-term complications: Coping with uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*. 1990;15:1021–1029.

O'Brien RA, Wineman NM, Nealon NR. Correlates of the caregiving process in multiple sclerosis. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1995;9:323–342.

Page MC, Fedele DA, Pai ALH, et al. The relationship of maternal and child illness uncertainty to child depressive symptomotology: A mediational model. *Journal of Pediatric Psychology*. 2012;37(1):97–105.

Rains SA, Tukachinsky R. Information seeking in uncertainty management theory: Exposure to information about medical uncertainty and information-processing orientation as predictors of uncertainty management success. *Journal of Health Communication*. 2015;20:1275–1286.

Regan-Kubinski MJ, Sharts-Hopko N. Illness cognition of HIV-infected mothers. *Issues in Mental Health Nursing*. 1995;16:327–344.

Righter BM. Ostomy care: Uncertainty and the role of the credible authority during an ostomy experience. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 1995;22(2):100–104.

Santacroce SJ, Deatrick JA, Ledlie SW. Redefining treatment: How biological mothers manage their children's treatment for perinatally acquired HIV. *AIDS Care*. 2002;14:47–60.

Schover LR, Canada AL, Yuan Y, et al. A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. *Cancer*. 2012;118(2):500–509.

Scott AM, Martin SC, Stone AM, Brashers DE. Managing multiple goals in supportive interactions: Using a normative theoretical approach to explain social support as uncertainty management for organ transplant patients. *Health Communication*. 2011;26(5):393–403.

Somjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer Nursing*. 2011;34(6):434–442.

Song LX, Northouse LL, Braun TM, et al. Assessing longitudinal quality of life in prostate cancer patients and their spouses: A multilevel modeling approach. *Quality of Life Research*. 2011;20(3):371–381.

Step MM, Ray EB. Patient perceptions of oncologist-patient communication about prognosis: Changes from initial diagnosis to cancer recurrence. *Health Communication*. 2011;26(1):48–58.

Stewart JL. Getting used to it": Children finding the ordinary and routine in the uncertain context of cancer. *Qualitative Health Research*. 2003;13:394–407.

Stewart JL, Lynn MR, Mishel MH. Psychometric evaluation of a new instrument to measure uncertainty in children and adolescents with cancer. *Nursing Research*. 2010;59(2):119–126.

Stewart JL, Mishel MH. Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 2000;14:299–320.

Stewart JL, Mishel MH, Lynn MR, Terhorst L. Test of a conceptual model of uncertainty in children and adolescents with cancer. *Research in Nursing & Health*. 2010;33(3):179–191.

Tackett AP, Cushing CC, Suorsa KI, et al. Illness uncertainty, global psychological distress, and posttraumatic stress in pediatric cancer: A preliminary examination using a path analysis approach. *Journal of Pediatric Psychology*. 2016;41:309–318.

Tai-Seale M, Stults C, Zhang WM, Shumway M. Expressing uncertainty in clinical interactions between physicians and older patients: What matters? *Patient Education and Counseling*. 2012;86(3):322–328.

Van Riper M, Selder FE. Parental responses to the birth of a child with Down syndrome. *Loss, Grief, & Care*. 1989;3(3–4):59–76.

Warburton DM. Physiological aspects of information processing and stress. In: Hamilton V, Warburton DM, eds. *Human stress and cognition: An information processing approach*. New York: Wiley; 1979:33–65.

Wineman NM, O'Brien RA, Nealon NR, Kaskel B. Congruence in uncertainty between individuals with multiple sclerosis and their spouses. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1993;25:356–361.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Mishel MH. Living with chronic illness: Living with uncertainty. In: Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT, Weise RA, eds. *Key aspects of caring for the chronically ill, hospital and home*. New York: Springer; 1993:46–58.

Mishel MH. Methodological studies: Instrument development. In: Brink P, Woods M, eds. *Advanced design in nursing research*. 2nd ed. Beverly Hills, CA: Sage; 1998:235–282.

Mishel MH, Clayton MF. Uncertainty in illness theories. In: Smith MJ, Liehr P, eds. *Middle range theory in advanced practice nursing*. New York: Springer; 2008:55–84.

Mishel MH, Germino BG, Belyea M, et al. Helping patients with localized prostate cancer: Managing after treatment. In: Funk SG, Tornquist EM, Leeman J, Miles MS, Harrell JS, eds. *Key aspects of preventing and managing chronic illness*. New York: Springer; 2001:235–246.

Artículos de revistas

Amoako EP, Skelly AH, Mishel MM. Identifying intervention strategies for older African-American women to manage uncertainty in diabetes. *Diabetes*. 2004;53:A513.

Badger TA, Braden CJ, Mishel MH. Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2001;28:567–574.

Badger TA, Braden CJ, Mishel MH, Longman A. Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*. 2004;27:19–28.

Bailey D, Stewart J, Mishel M. Watchful waiting in prostate cancer: Where can older men find support? *Oncology Nursing Forum*. 2005;32:177.

Bailey DE, Barroso J, Muir AJ, et al. Patients with chronic hepatitis C undergoing watchful waiting: Exploring trajectories of illness uncertainty and fatigue. *Research in Nursing and Health*. 2010;33(5):465–473.

Bailey Jr DE, Wallace M, Latini DM, et al. Measuring illness uncertainty in men undergoing active surveillance for prostate cancer. *Applied Nursing Research*. 2011;24(4):193–199.

Braden CJ, Mishel MH. Highlights of the self-help intervention project

(SHIP): Health-related quality of life during breast cancer treatment. *Innovations in Breast Cancer Care*. 2000;5:51–54.

Clayton MF, Mishel MH, Belyea M. Testing a model of symptoms, communication, uncertainty and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing and Health*. 2006;29(1):18–39.

Farren AT. Power, uncertainty, self-transcendence, and quality of life in breast cancer survivors. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(1):63–71.

Harris L, Belyea M, Mishel M, Germino B. Issues in revising research instruments for use with Southern populations. *Journal of the National Black Nurses Association*. 2003;14:44–50.

Hegarty JM, Wallace M, Comber H. Uncertainty and quality of life among men undergoing active surveillance for prostate cancer in the United States and Ireland. *American Journal of Men's Health*. 2008;2(2):133–142.

Ismail Z, Kwok-wei So W, Wai-Chi Li P. Preoperative uncertainty and anxiety among Chinese patients with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(1):E67–E74.

Lai HL, Lin SY, Yeh SH. Exploring uncertainty, quality of life and related factors in patients with liver cancer. *Hu Li Za Zhi*. 2007;54(6):41–52.

Liao MN, Chen MF, Chen SC, Chen PL. Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. *Cancer Nursing*. 2008;31(4):274–283.

Lien C, Lin H, Kuo I, Chen M. Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(16):2311–2319.

Liu LN, Li CY, Tang ST, Huang CS, Chiou AF. Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*. 2006;29(4):273–282.

McCorkle R, Dowd M, Ercolano E, et al. Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psychooncology*. 2009;18(1):62–70.

McCorkle R, Jeon S, Ercolano E, Schwartz P. Healthcare utilization in women after abdominal surgery for ovarian cancer. *Nursing Research*. 2011;60(1):47–57.

Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*. 1981;30:258–263.

Mishel MH. Parents' perception of uncertainty concerning their hospitalized child: Reliability and validity of a scale. *Nursing Research*. 1983;32:324–330.

Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1988;20:225–232.

Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1990;22:256–262.

Mishel MH. Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*. 1997;15:57–80.

Mishel MH. Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*. 1999;17:269–294.

Mishel MH, Belyea M, Germino BB, et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects—Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*. 2002;94:1854–1866.

Mishel MH, Germino BB, Belyea M, et al. Moderators of an uncertainty management intervention for men with localized prostate cancer. *Nursing Research*. 2003;52:89–97.

Mishel MH, Germino BB, Gilk KM, et al. Benefits from an uncertainty management intervention for African American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2005;14:962–978.

Mishel MH, Germino BB, Lin L, et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: A randomized clinical trial. *Patient Education and Counseling*. 2009;77(3):349–359.

Northouse LL, Mood DW, Montie JE, et al. Living with prostate cancer: Patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(27):4171–4177.

Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer*. 2007;110(12):2809–2818.

Otis-Green S, Ferrell B, Sun V, Spolum M, Morgan R, Macdonald D. Feasibility of an ovarian cancer quality-of-life psychoeducational intervention. *Journal of Cancer Education*. 2008;23(4):214–221.

Porter LS, Clayton MR, Belyea M, Mishel M, Gil KM, Germino BB. Predicting negative mood state and personal growth in African American and white long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*. 2006;31(3):195–204.

Porter LS, Mishel M, Neelon V, Belyea M, Pisano E, Soo MS. Cortisol levels and responses to mammography screening in breast cancer survivors: A pilot study. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(5):842–848.

Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2001;24(3):212–219.

Sammarco A. Quality of life among older survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*. 2003;26(6):431–438.

Sammarco A. Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing*. 2009;32(5):347–356: quiz 357–348.

Sammarco A, Konecny LM. Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2008;35(5):844–849.

Sammarco A, Konecny LM. Quality of life, social support, and uncertainty among Latina and Caucasian breast cancer survivors: A comparative study. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(1):93–99.

Schroeder JC, Bensen JT, Su LJ, et al. The North Carolina Louisiana Prostate Cancer Project (PCaP): Methods and design of a multidisciplinary population-based cohort study of racial differences in prostate cancer outcomes. *Prostate*. 2006;66(11):1162–1176.

Schulman-Green D, Ercolano E, Dowd M, Schwartz P, McCorkle R. Quality of life among women after surgery for ovarian cancer. *Palliative Supportive Care*. 2008;6(3):239–247.

Stewart JL, Lynn MR, Mishel MH. Evaluating content validity for children's self-report instruments using children as content experts. *Nursing Research*. 2005;54:414–418.

Stewart JL, Mishel MH. Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 2000;14:299–320.

Wonghongkul T, Moore SM, Musil C, Schneider S, Deimling G. The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*. 2000;23(6):422–429.

Fuentes secundarias

Publicaciones seleccionadas que citan el trabajo de Mishel

Amoako E, Skelly AH. Managing uncertainty in diabetes: An intervention for older African American women. *Ethnicity & Disease*. 2007;17(3):515–521.

Anderson G. Patient decision making for clinical genetics. *Nursing Inquiry*. 2007;14(1):13–22.

Apostolo JLA, Viveiros CSC, Nunes HIR, Domingues HRF. Illness uncertainty and treatment motivation in type 2 diabetes patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2007;15(4):575–582.

Artsanthia J, Mawn BE, Chaiphibalsarisdi P, Nityasuddhi D, Triamchaisri SK. Exploring the palliative care needs of people living in Thailand with end-stage renal disease: A pilot study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2011;13(6):403–410.

Bailey Jr DE, Wallace M. Critical review: Is watchful waiting a viable management option for older men with prostate cancer? *American Journal of Men's Health*. 2007;1(1):18–28.

Berger RJ, Corroto C, Flad J, Quinney R, Navigating the terrain of medical diagnosis and treatment: Patient decision making and uncertainty. Denzin NK, ed. *40th anniversary of studies in symbolic interaction*, vol. 40. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2013:363–394.

Bishop M, Stenhoff DM, Shepard L. Psychosocial adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. *Journal of Rehabilitation*. 2007;73(1):3–12.

Brashers DE, Hogan TP. The appraisal and management of uncertainty: Implications for information-retrieval systems. *Information Processing & Management*. 2013;49(6):1241–1249.

Brown RT, Fuemmeler B, Anderson D, et al. Adjustment of children and their mothers with breast cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(3):297–308.

Budych K, Helms TM, Schultz C. How do patients with rare diseases experience the medical encounter? Exploring role behavior and its impact on patient-physician interaction. *Health Policy*. 2012;105(2–3):154–164.

Bunkers SS. The experience of feeling unsure for women at end-of-life. *Nursing Science Quarterly*. 2007;20(1):56–63.

Carpentier MY, Mullins LL, Wagner JL, Wolfe-Christensen C, Chaney JM. Examination of the cognitive diathesis-stress conceptualization of the hopelessness theory of depression in children with chronic illness: The moderating influence of illness uncertainty. *Childrens Health Care*. 2007;36(2):181–196.

Christensen D. The health change trajectory model: An integrated model of HEA change. *Advances in Nursing Science*. 2015;38:55–67.

Colagreco JP, Bailey DE, Fitzpatrick JJ, Musil CM, Afdhal NH, Lai M. Watchful waiting: Role of disease progression on uncertainty and depressive symptoms in patients with chronic hepatitis C. *Journal of Viral Hepatitis*. 2014;21(10):727–733.

Davidson PM, Dracup K, Phillips J, Padilla G, Daly J. Maintaining hope in transition: A theoretical framework to guide interventions for people with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;22(1):58–64.

Donovan EE, Brown LE, LeFebvre L, Tardif S, Love B. The uncertainty is what is driving me crazy": The tripartite model of uncertainty in the adolescent and young adult cancer context. *Health Communication*. 2015;30:702–713.

Donovan-Kicken E, Bute JJ. Uncertainty of social network members in the case of communication— debilitating illness or injury. *Qualitative Health Research*. 2008;18(1):5–18.

Drageset S, Lindstrom TC, Giske T, Underlid K. Being in suspense:

Women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(9):1941–1951.

Elphee EE. Understanding the concept of uncertainty in patients with indolent lymphoma. *Oncology Nursing Forum*. 2008;35(3):449–454.

Fedele DA, Ramsey RR, Ryan JL, et al. The association of illness uncertainty to parent and youth adjustment in juvenile rheumatic diseases: Effect of youth age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2011;32(5):361–367.

Gill EA, Babrow AS. To hope or to know: Coping with uncertainty and ambivalence in women's magazine breast cancer articles. *Journal of Applied Communication Research*. 2007;35(2):133–155.

Giske T, Artinian B. Patterns of 'balancing between hope and despair' in the diagnostic phase: A grounded theory study of patients on a gastroenterology ward. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(1):22–31.

Giske T, Gjengedal E. Preparative waiting" and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(1):87–94.

Haugh KH, Salyer J. Needs of patients and families during the wait for a donor heart. *Heart & Lung*. 2007;36(5):319–329.

Hoth KF, Wamboldt FS, Ford DW, et al. The social environment and illness uncertainty in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2015;22:223–232.

Jordan AL, Eccleston C, Osborn M. Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: An interpretative phenomenological analysis. *European Journal of Pain*. 2007;11(1):49–56.

Ju HO, McElmurry BJ, Park CG, McCreary L, Kim M, Kim EJ. Anxiety and uncertainty in Korean mothers of children with febrile convulsion: Cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(9–10):1490–1497.

Kagan I, Bar-Tal Y. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(5):576–583.

Kang Y. The relationships between uncertainty and its antecedents in Korean patients with atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(13–14):1880–1886.

Kasper J, Geiger F, Freiberger S, Schmidt A. Decision-related uncertainties perceived by people with cancer: Modeling the subject of shared decision making. *Psycho-Oncology*. 2008;17(1):42–48.

Kazer MW, Bailey Jr DE, Chipman J, et al. Uncertainty and perception of danger among patients undergoing treatment for prostate cancer. *Bju International*. 2013;111(3B):E84–E91.

Kosenko KA, Hurley RJ, Harvey JA. Sources of the uncertainty experienced by women with HPV. *Qualitative Health Research*. 2012;22(4):534–545.

Lee YL, Santacroce SJ, Sadler L. Predictors of healthy behaviour in long-term survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(11C):285–295.

Lopez RP, Guarino AJ. Uncertainty and decision making for residents with dementia. *Clinical Nursing Research*. 2011;20(3):228–240.

Maher K, de Vries K. An exploration of the lived experiences of individuals with relapsed multiple myeloma. *European Journal of Cancer Care*. 2011;20(2):267–275.

Malbasa T, Kodish E, Santacroce SJ. Adolescent adherence to oral therapy for leukemia: A focus group study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2007;24(3):139–151.

Martens TZ, Emed JD. The experiences and challenges of pregnant women coping with thrombophilia. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2007;36(1):55–62.

Mazanec SR, Daly BJ, Douglas S, Musil C. Predictors of psychosocial adjustment during the postradiation treatment transition. *Western Journal of Nursing Research*. 2011;33(4):540–559.

Middleton AV, LaVoie NR, Brown LE. Sources of uncertainty in type 2 diabetes: Explication and implications for health communication theory and clinical practice. *Health Communication*. 2012;27(6):591–601.

Mullins LL, Wolfe-Christensen C, Pai ALH, et al. The relationship of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress to uncertainty in youth with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(8):973–982.

Mutebi M, Edge J. Stigma, survivorship and solutions: Addressing the challenges of living with breast cancer in low-resource areas. *SAMJ: South African Medical Journal*. 2014;104:382–1382.

Pai ALH, Mullins LL, Drotar D, Burant C, Wagner J, Chaney JM. Exploratory and confirmatory factor analysis of the child uncertainty in illness scale among children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(3):288–296.

Pelletier, J. (2012). *Appraisal of uncertainty while waiting for a kidney transplant*. Unpublished dissertation, East Carolina University, Greenville, NC.

Penrod J. Living with uncertainty: Concept advancement. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(6):658–667.

Persson E, Lindholm E, Berndtsson I, Lundstam U, Hulten L, Carlsson E. Experiences of living with increased risk of developing colorectal and gynaecological cancer in individuals with no identified gene mutation.

Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2012;26(1):20–27.

Pickles T, Ruether JD, Weir L, Carlson L, Jakulj F. Psychosocial barriers to active surveillance for the management of early prostate cancer and a strategy for increased acceptance. *BJU International*. 2007;100(3):544–551.

Politi MC, Han PKJ, Col NF. Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Medical Decision Making*. 2007;27(5):681–695.

Puterman J, Cadell S. Timing is everything: The experience of parental cancer for young adult daughters—A pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2008;26(2):103–121.

Rosen NO, Knauper B, Sammut J. Do individual differences in intolerance of uncertainty affect health monitoring? *Psychology & Health*. 2007;22(4):413–430.

Ryan JL, Ramsey RR, Fedele DA, Wagner JL, Chaney JM, Mullins LL. The relationship of father parenting capacity variables to perceived uncertainty in youth with a chronic illness. *Children's Health Care*. 2011;40(4):297–310.

Rybarczyk B, Grady KL, Naftel DC, et al. Emotional adjustment 5 years after heart transplant: A multisite study. *Rehabilitation Psychology*. 2007;52(2):206–214.

Shaha M, Cox CL, Talman K, Kelly D. Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: Implications for supportive care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40(1):60–67.

Shaida N, Jones C, Ravindranath N, et al. Patient satisfaction with nurse-led telephone consultation for the follow-up of patients with prostate cancer. *Prostate Cancer & Prostatic Diseases*. 2007;10(4):369–373.

Shih FJ, Gau ML, Kao CC, et al. Dying and caring on the edge: Taiwan's surviving nurses' reflections on taking care of patients with severe acute respiratory syndrome. *Applied Nursing Research*. 2007;20(4):171–180.

Song LX, Northouse LL, Zhang LL, et al. Study of dyadic communication in couples managing prostate cancer: A longitudinal perspective. *Psych-Oncology*. 2012;21(1):72–81.

Sossong A. Living with an implantable cardioverter defibrillator: Patient outcomes and the nurse's role. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;22(2):99–104.

Stewart AM, Polak E, Young R, Schultz IZ. Injured workers' construction of expectations of return to work with sub-acute back pain: The role of perceived uncertainty. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(1):1–14.

Taylor C, Richardson A, Cowley S. Surviving cancer treatment: An investigation of the experience of fear about, and monitoring for,

recurrence in patients following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011;15(3):243–249.

Truitt M, Biesecker B, Capone G, Bailey T, Erby L. The role of hope in adaptation to uncertainty: The experience of caregivers of children with Down syndrome. *Patient Education and Counseling*. 2012;87(2):233–238.

Wu PX, Guo WY, Xia HO, Lu HJ, Xi SX. Patients' experience of living with glaucoma: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(4):800–810.

* Los autores quieren dar las gracias a la Dra. Merle Mishel por su revisión y sus aportaciones a este capítulo.

Créditos de la fotografía: Dr. Michael Belyea, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

29

Teoría de la transcendencia del yo

Pamela G. Reed

«La exigencia para los profesionales de la enfermería es comprender la naturaleza de los procesos de enfermería y facilitarlos.»

(Reed, 1997a, pág. 77)

Pamela G. Reed
(1952-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Pamela G. Reed nació en Detroit, Míchigan, un lugar emocionante en el que crecer durante los años sesenta. Se casó con Gary en 1973 y tienen dos hijas. Reed recibió el grado en Ciencias de la Enfermería por la Wayne State University en Detroit, Míchigan, en 1974, y terminó un máster en Salud Mental y Psiquiátrica de niños y adolescentes y en formación en enfermería en 1976. Durante el período transcurrido entre que terminó el máster y obtuvo el doctorado, Reed impartió docencia en la Facultad de Enfermería de la Oakland University en Rochester, Míchigan, y trabajó a tiempo parcial como enfermera especialista en salud mental-psiquiátrica de niños y adolescentes. Se doctoró en 1982 en la Wayne State

University con un trabajo centrado en la teoría de la enfermería y la psicología del desarrollo durante la vida. Fue pionera en las investigaciones sobre la espiritualidad a partir de su tesis doctoral, dirigida por Joyce J. Fitzpatrick y que se centró en la relación entre el bienestar y las perspectivas espirituales sobre la vida y la muerte en enfermos terminales y personas sanas. Su teoría de la transcendencia del yo fue el segundo foco de interés académico derivado de sus estudios doctorales en enfermería y las ciencias del desarrollo durante la vida.

Reed es profesora de la Facultad de Enfermería de la University of Arizona en Tucson, donde también fue vicedecana de ordenación académica durante 7 años. Sus principales campos de investigación son la espiritualidad, la salud mental en ancianos y las dimensiones éticas de los cuidados al final de la vida. Reed desarrolló dos instrumentos muy utilizados, la *Spiritual Perspectives Scale* y la *Self-Transcendence Scale.* Ha publicado muchos artículos y en los trabajos recientes ha valorado el conocimiento práctico y la justicia epistémica para los profesionales de la enfermería y los pacientes. Reed y su coautor Shearer publicaron *Nursing Knowledge and Theory Innovation: Advancing the Science of Nursing Practice,* que fomenta una filosofía y métodos de desarrollo del conocimiento basados en la práctica. Reed y Shearer también coeditan el libro sobre teoría de la enfermería *Perspectives on Nursing Theory.*

Reed es miembro de la American Academy of Nursing y de una serie de organizaciones profesionales, incluida Sigma Theta Tau International, la American Nurses Association y la Society of Rogerian Scholars. Ha sido profesora visitante de la New York University, la Duke University y la Florida Atlantic University. Participa en los comités editoriales de varias revistas, y es editora de *Nursing Science Quarterly* y *Applied Nursing Research.* Recientemente ha recibido el título de máster de Arte y Ética de la University of Arizona.

Fuentes teóricas

Reed (1991a) desarrolló su teoría de la transcendencia del yo usando la estrategia de **reformulación deductiva** *para sintetizar sus ideas teóricas.* Esta estrategia implica un paso antes de sintetizar las

ideas teóricas, que consiste en modificar o reformular teorías existentes para alinearse mejor las ideas con la perspectiva filosófica del teórico y el estado de la ciencia. Para desarrollar la teoría de la transcendencia del yo, se alinearon las teorías del curso de la vida sobre el desarrollo cognitivo-social y transpersonal de los adultos con la perspectiva de la enfermería del sistema conceptual de los seres humanos unitarios de Martha E. Rogers (1970, 1980, 1990). La perspectiva del curso de la vida sobre los adultos y el envejecimiento dispone de evidencia científica de que el desarrollo se produce durante el proceso de envejecimiento y la muerte, y que este se debe a un aumento de la complejidad y la organización. Estas ideas eran compatibles con las de Rogers y enriquecieron el desarrollo de la teoría de Reed.

El trabajo teórico de la teórica de la enfermería Martha E. Rogers (1970, 1980, 1990) destaca tres principios de la homeodinámica, que son compatibles con los principios clave de la teoría y la ciencia del desarrollo durante el ciclo de la vida. El principio de integración de Rogers identificaba el desarrollo como una función de factores humanos y contextuales; también identificaba el desequilibrio entre la persona y el entorno como un importante estímulo para el desarrollo. El principio de evolución de los campos energéticos caracterizaba al desarrollo humano como algo innovador e impredecible. Este principio es parecido al principio del ciclo de la vida e identifica el desarrollo como un proceso no lineal y continuo durante toda la vida y de variabilidad evidente dentro de un individuo y entre los distintos individuos y grupos. El principio de resonancia de Rogers describía el desarrollo humano como un proceso de movimiento, que tenía un patrón y un objetivo, aunque fuera impredecible. Las teóricas del ciclo de la vida proponían también que el proceso de desarrollo mostraba patrones de complejidad y organización. Por tanto, la perspectiva del desarrollo durante el ciclo vital era en general compatible con las ideas de Rogers y solo se produjeron modificaciones menores en la síntesis de las ideas teóricas.

Otra fuente importante de la teoría de la transcendencia del yo fue la evidencia derivada de la práctica e investigación en enfermería que indicaba la existencia de una relación entre salud mental y desarrollo; Reed leía y observaba constantemente que los

pacientes con problemas de salud mental suelen tener menos recursos psicológicos y cognitivos obtenidos durante el desarrollo para mantener su bienestar. Además, las investigaciones iniciales demostraron que los ancianos con depresión clínica tenían menos recursos adquiridos durante el desarrollo para mantener su sensación de bienestar ante la reducción de las capacidades físicas y cognitivas en comparación con un grupo pareado de ancianos con salud mental normal (Reed, 1986b). Además, se observó que el desarrollo de los ancianos y los muy ancianos era un proceso no lineal de ganancia y posterior pérdida, un proceso de transformación o pérdida de perspectivas y conductas antiguas, e integración de perspectivas y actividades nuevas (Reed, 1989, 1991b). Además, los conocimientos prácticos adquiridos por Reed como enfermera especialista en psiquiatría-salud mental con niños y adolescentes también apoyaban esta idea. Modificó los conocimientos prácticos en niños y adolescentes, y los aplicó a los adultos y el envejecimiento. Se siguen aportando hallazgos parecidos en la bibliografía.

Principales conceptos y definiciones

Vulnerabilidad

La **vulnerabilidad** es la conciencia de riesgo para el bienestar físico o personal. Los acontecimientos o crisis vitales, como las enfermedades que amenazan la vida o las pérdidas, pueden aumentar la conciencia de la mortalidad personal. Esta conciencia puede motivar el desarrollo o maduración en cualquier estadio del desarrollo, incluida la edad adulta avanzada y el final de la vida. El concepto de vulnerabilidad amplía la conciencia de las situaciones de mortalidad personal e incluye acontecimientos como la discapacidad, la enfermedad crónica, el parto y la crianza de los hijos y la paternidad. La transcendencia del yo es un proceso de desarrollo de la maduración que tiene lugar en todos estos tipos de contextos (Reed, 1991b).

Transcendencia del yo

La **transcendencia del yo** es la expansión de los límites del yo a

nivel multidimensional, como: hacia el interior (aumentar la conciencia de las propias creencias, valores y objetivos mediante la actividad introspectiva); hacia el exterior (hacia otros y el entorno); temporalmente (hacia la integración del pasado y el futuro de forma que se mejore el presente relativo), y de forma transpersonal (para conectar con las dimensiones que se encuentran más allá del mundo discernible típico) (Reed, 1991a, 1997b, 2014).

Bienestar

El **bienestar** es el «sentido de plenitud y salud, según los propios criterios de ambas cosas» (Reed, 2014, pág. 112). En un artículo publicado en *Nursing Science Quarterly,* «Nursing: The Ontology of the Discipline», Reed describió los mecanismos subyacentes al bienestar y propuso que la enfermería era «el estudio de los procesos de enfermería del bienestar» (Reed, 1997a, pág. 76). El bienestar como proceso de enfermería se describe en términos de una síntesis de dos tipos de cambios: cambios en la complejidad de la vida (p. ej., el aumento de la fragilidad con el envejecimiento o la acumulación de pérdidas o acontecimientos significativos en la vida) matizados por cambios en la integración (p. ej., la organización de ideas para construir el significado de estos acontecimientos vitales o la reorganización de los aspectos de la propia vida).

Factores mediadores-moderadores

Los hallazgos de las investigaciones indican que la transcendencia del yo es un **mediador** entre la vulnerabilidad y el bienestar. La transcendencia del yo es un mecanismo o proceso mediante el cual los individuos pueden experimentar bienestar en el contexto de la vulnerabilidad. Además, diversas variables personales y contextuales y su correspondiente interacción pueden influir sobre el proceso de transcendencia del yo al **moderar** las relaciones entre la vulnerabilidad, la transcendencia del yo y el bienestar. Ejemplos de estas variables son la edad, el sexo, la capacidad cognitiva, las experiencias vitales, el estado de salud, las perspectivas espirituales, el entorno social y los acontecimientos históricos. Estas variables pueden reforzar o debilitar las relaciones entre la vulnerabilidad y la transcendencia del yo, y entre la transcendencia del yo y el bienestar (Reed, 2014). Las actividades e intervenciones

de enfermería pueden estar diseñadas por facilitar la transcendencia del yo (como factor mediador) o influir sobre los factores moderadores en su relación con el bienestar.

Uso de datos empíricos

La teoría de la transcendencia del yo se basa en la asunción de la capacidad de desarrollo de los ancianos y la necesidad de desarrollo continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento (Reed, 1983). Por tanto, las investigaciones iniciales de Reed sobre la creación de teorías fueron realizadas con ancianos (1986b, 1989, 1991b). Un paso importante para facilitar estas investigaciones fue la construcción de una medida de esta capacidad de desarrollo. Reed desarrolló y comprobó el instrumento *Developmental Resources of Later Adulthood* (DRLA), que fue útil para diseñar un estudio empírico sobre el que se llegaría a desarrollar la teoría de la transcendencia del yo.

En el primer estudio, Reed (1986b) analizó los patrones de los recursos del desarrollo y la depresión a lo largo del tiempo en 28 ancianos sanos mentalmente y 28 ancianos con depresión clínica (edad media, 67,4 años). Midió los niveles de recursos de desarrollo tres veces (con 6 semanas de diferencia) usando la escala DRLA de 36 aspectos. Los ancianos sanos percibieron niveles de recursos más altos todo el tiempo que los ancianos deprimidos. Las puntuaciones de la escala Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) (Radloff, 1977) fueron significativamente más altas en los individuos deprimidos que en los sanos a lo largo del tiempo. La existencia de una potente relación entre la puntuación del DRLA y de la CES-D indicaba que los recursos de desarrollo influían en la salud mental en el grupo sano; la relación inversa encontrada en el grupo deprimido indicaba que la depresión influía de forma negativa sobre los recursos de desarrollo en cuanto a la capacidad de explorar nuevas perspectivas vitales, compartir la sabiduría y experiencia con los demás, y encontrar un significado espiritual.

En el segundo estudio, Reed (1989) exploró el grado de relación entre los recursos del desarrollo clave de la edad adulta avanzada y la salud mental en 30 ancianos ingresados con depresión clínica (edad media, 67 años). Los participantes completaron el DRLA y la

CES-D, y valoraron la importancia en sus vidas actuales de cada uno de los recursos del desarrollo reflejados en los aspectos del DRLA. Se encontró una correlación inversa entre el nivel de recursos y la depresión. Los participantes también respondieron que los recursos representados en los aspectos del DRLA eran muy importantes en sus vidas. Además, las principales razones que dieron los participantes sobre la causa de su hospitalización psiquiátrica fueron congruentes con aspectos de la transcendencia del yo importantes en la edad adulta avanzada (p. ej., preocupaciones sobre la salud física, relaciones con los hijos adultos, preguntas sobre la vida y la muerte).

Durante el desarrollo y la evaluación inicial del instrumento DRLA, un factor llamado *transcendencia* fue responsable de casi la mitad de la varianza de las puntuaciones del DRLA. En el segundo estudio (Reed, 1989) demostró que el factor de transcendencia de 15 aspectos estaba más correlacionado con la CES-D que todo el DRLA. Por eso, la recomendación para investigaciones futuras era analizar las propiedades psicométricas del instrumento con el objetivo de acortar el DRLA y facilitar la administración sencilla en la clínica.

Un tercer estudio exploró los patrones de la transcendencia del yo y la salud mental en 55 ancianos que vivían de forma independiente (entre 80 y 97 años de edad) (Reed, 1991b). En este estudio, la transcendencia del yo se definió como «la expansión de los límites conceptuales de uno mismo hacia el interior mediante actividades de introspección, hacia el exterior mediante la preocupación por el bienestar de los demás y de forma temporal mediante la integración de las percepciones del propio pasado y futuro para mejorar el presente» (Reed, 1991b, pág. 5). La transcendencia del yo se midió mediante la Self-Transcendence Scale (STS) recién desarrollada y que derivaba del factor de transcendencia identificado previamente en la escala DRLA original. La escala STS se correlacionaba de forma inversa con las puntuaciones de la CES-D y de la Langner Scale of Mental Health Symptomatology (MHS). La escala MHS es un índice de la salud mental general en el que la puntaciones más elevadas indican un trastorno de la salud mental en las poblaciones no psiquiátricas (Langner, 1962). Además, los cuatro patrones de la transcendencia

del yo identificados por los participantes (generatividad, introyectividad, integración temporal y transcendencia del cuerpo) eran compatibles con la definición del concepto de Reed.

En resumen, estos primeros estudios aportaron evidencia inicial para el desarrollo de la idea teórica de que las percepciones y conductas de la transcendencia del yo estaban presentes en realidad en los ancianos, y que estas perspectivas y conductas se relacionaban mucho y de forma positiva con la salud mental. Estos hallazgos apoyaron una conceptualización de la salud mental en la edad adulta avanzada que iba más allá de la preocupación por el deterioro físico y cognitivo para reconocer recursos que ampliaban los límites del yo en el envejecimiento. Desde estos primeros estudios, se han seguido publicando muchos hallazgos de investigación que apoyan esta percepción de la teoría de la transcendencia del yo. Varios de ellos se citan en las siguientes secciones.

Principales premisas

Una asunción clave en la teoría de la transcendencia del yo se basa en la conceptualización de los seres humanos de Rogers (1970, 1980), que los consideraba sistemas abiertos, integrales con el entorno. Sin embargo, esta apertura no implica que los seres humanos sean indistinguibles del entorno. Las ciencias cognitivas y psicológicas han demostrado que los individuos perciben o conciben diversos límites entre el yo y el entorno de forma distinta a lo largo del desarrollo. Una asunción subyacente a la teoría de la transcendencia del yo de Reed es que los humanos se imponen límites conceptuales a sí mismos para definir la realidad y conseguir una sensación de plenitud y conexión consigo mismos y el entorno. Los propios límites fluctúan a lo largo de la vida, y se asocian a la salud y el desarrollo humano.

Una segunda asunción clave es que la transcendencia del yo es un imperativo del desarrollo (Reed, 2014); esto implica que la transcendencia del yo debe ser expresada igual que cualquier otra capacidad del desarrollo durante la vida de la persona para percibir un sentimiento mantenido de plenitud y conexión. Esta asunción es compatible con las conceptualizaciones de Frankl (1969) y Maslow

(1971) de la transcendencia del yo como una característica humana innata relevante para el bienestar.

Fundamentos teóricos

Existen tres conceptos básicos en la teoría de la transcendencia del yo: vulnerabilidad, transcendencia del yo y bienestar (Reed, 2014, 2015). La vulnerabilidad es la conciencia de la mortalidad personal o algunos riesgos para el bienestar que aparecen durante el desarrollo y el envejecimiento y durante los episodios de salud y las crisis vitales (Reed, 2014). El concepto de vulnerabilidad aclara que el contexto en el cual se percibe la transcendencia del yo no es solo al afrontar los aspectos relacionados con el final de la propia vida, sino que también se produce en situaciones vitales, como la discapacidad, las enfermedades crónicas, el parto y la paternidad.

La transcendencia del yo alude a las fluctuaciones en los límites percibidos que extienden las personas más allá de su perspectiva inmediata y limitada del yo y del mundo. Las fluctuaciones son multidimensionales: hacia el exterior (orientadas a la conciencia de los demás y del entorno), hacia el interior (hacia una mayor introspección de las propias creencias, valores y objetivos de la persona), temporales (hacia la integración del pasado y el futuro de forma que se mejore el presente relativo) y transpersonales (hacia la conciencia de las dimensiones que están más allá del mundo típicamente discernible) (Reed, 1997b, 2014).

El bienestar es «la sensación de estar completo y sano, según los propios criterios de ambas cosas» (Reed, 2014, pág. 112). La teoría permite algunas variables personales y contextuales adicionales, como edad, sexo, experiencias vitales y entorno social, que pueden influir sobre las relaciones entre los tres conceptos básicos. Las intervenciones se centrarían en las actividades de enfermería que faciliten la transcendencia del yo como proceso de bienestar que ocurre en diferentes contextos vitales.

A partir de varias fuentes se desarrollaron cuatro proposiciones fundamentales de la teoría. Estas incluyen asunciones filosóficas, apoyo teórico y empírico publicado en la bibliografía experta y conocimiento basado en la práctica.

La primera proposición es que la transcendencia del yo puede

venir motivada por experiencias de vulnerabilidad. La *vulnerabilidad* se define en sentido amplio como la que ocurre cuando algunos acontecimientos vitales de pérdida, enfermedad, envejecimiento, final de la vida y otras experiencias aumentan la conciencia de la mortalidad personal. Los individuos pueden desarrollar o madurar sus perspectivas de vida (y aumentar la transcendencia del yo) como consecuencia de sufrir vulnerabilidades. Sin embargo, si no se tiene un apoyo adecuado para el desarrollo, el aumento de la vulnerabilidad puede asociarse a una reducción de la transcendencia del yo.

La segunda proposición es que la transcendencia del yo se relaciona de forma positiva con el bienestar (Reed, 1991a). Como alternativa, se puede decir que la reducción de la transcendencia del yo (como sucede cuando se es incapaz de contar con los demás o aceptar la amistad) se relaciona de forma positiva con la depresión como indicador de la reducción del bienestar o la salud mental. Un importante refinamiento de la teoría de la transcendencia del yo se relaciona con los efectos mediadores de la transcendencia del yo.

La tercera propuesta se basa en los resultados de las investigaciones acumulados durante la pasada década. Dice que la transcendencia del yo media la relación entre la vulnerabilidad y el bienestar fomentando este último en situaciones de aumento de vulnerabilidad. Dicho de otro modo, la transcendencia del yo es un proceso o mecanismo que explica por qué las personas pueden alcanzar el bienestar cuando afrontan un aumento de vulnerabilidad.

Una cuarta serie de proposiciones deriva del principio de integración de Rogers (1980), que describe el proceso mantenido persona-entorno a lo largo de toda la vida. Los factores personales y ambientales funcionan como correlatos que pueden moderar las relaciones entre vulnerabilidad, transcendencia del yo y bienestar.

En resumen, la teoría de la transcendencia del yo propone los cuatro grupos de relaciones siguientes (fig. 29.1):

1. El aumento de la vulnerabilidad se asocia a la transcendencia del yo. Cuando el apoyo es adecuado, la relación puede ser positiva.

2. La transcendencia del yo tiene una relación positiva con el bienestar.
3. La transcendencia del yo puede funcionar también como mediador entre la vulnerabilidad y el bienestar.
4. Los factores personales y del contexto pueden condicionar la relación entre vulnerabilidad y transcendencia del yo, y entre esta y el bienestar.

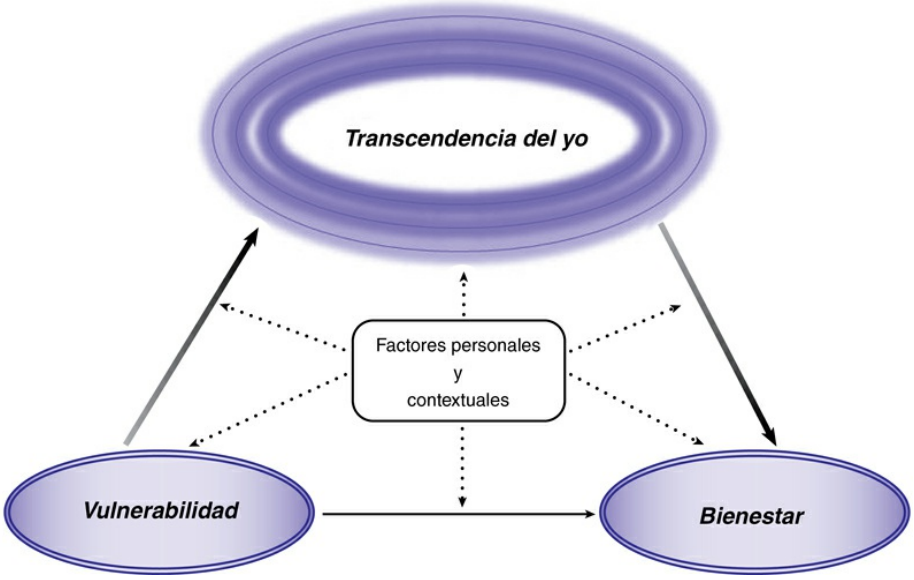


FIGURA 29.1 Modelo de la teoría de la transcendencia del yo. (Utilizado con autorización de P. G. Reed. Tomado de Reed, P. G. [2014]. The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. R Liehr [Eds.], *Middle Range Theory for Nursing* [3rd ed.]. New York: Springer.)

Planteamiento lógico

La teoría de nivel medio empírica de Reed fue construida usando la estrategia de la reformulación deductiva, en la que la lógica de la inferencia era principalmente inductiva –deduciendo principios teóricos de nivel medio a partir de las teorías de Rogers y sobre el ciclo de la vida más amplias–. Además se utilizó el razonamiento analógico, que permite obtener conclusiones sobre la transcendencia del yo mediante el análisis de las comparaciones entre las distintas teorías, incluidas la psicología durante el ciclo vital y la enfermería del desarrollo humano y el potencial de

bienestar a través de todas las fases de la vida. Los conceptos clave de la teoría se relacionan de una manera lógica y clara, al tiempo que permiten creatividad en la forma de aplicar, demostrar y desarrollar todavía más la teoría. La estrategia principal de Reed a la hora de construir su teoría de la enfermería –a partir de teorías no procedentes de esta especialidad, un modelo conceptual en enfermería y las evidencias derivadas de la práctica y la investigación– generó interés en los profesionales de enfermería sobre las perspectivas del desarrollo del bienestar, y aportó el ímpetu para avanzar en las teorías sobre distintas experiencias de vulnerabilidad relacionada con la salud que amenaza el bienestar de los individuos.

Aceptación por la comunidad de enfermería

La intención de la enfermería es facilitar el bienestar de las personas a través de lo que Reed denomina «procesos de enfermería», de los que la transcendencia del yo es un ejemplo (Reed, 1997a). La teoría de la transcendencia del yo y la STS se han empleado mucho en la práctica, la formación y la investigación. Además, algunos investigadores solo han empleado la STS para investigar otra teoría similar. Otros investigadores han aplicado la teoría de la transcendencia del yo al tiempo que usaban otras medidas para conceptos parecidos a los incluidos en la misma. Independientemente, los datos de investigación apoyan en general una perspectiva de la enfermería del bienestar como la fomentada por la teoría de la transcendencia del yo. Según esta, los profesionales de enfermería facilitan el bienestar de los individuos que afrontan un reto de salud usando sus conocimientos prácticos de enfermería junto con los conocimientos básicos sobre los procesos internos de enfermería de los pacientes, uno de los cuales es la transcendencia del yo.

Práctica profesional

Desde la perspectiva de la enfermería práctica, un aspecto

importante es si los profesionales de enfermería pueden influir o no en la transcendencia del yo. Aunque este concepto se conceptualiza como un recurso interno, los profesionales pueden influir sobre el mismo para luego influir sobre el bienestar. Los hallazgos de investigación indican que los profesionales de enfermería pueden influir sobre la transcendencia del yo mediante las interacciones terapéuticas con los pacientes y también mediante la aplicación de intervenciones más formales.

En lo que respecta a las **interacciones de enfermería,** un estudio transversal de residentes en residencias que conservaban su capacidad cognitiva demostró que las interacciones entre los profesionales de enfermería y los pacientes se asociaron a un aumento de las dimensiones intra- e interpersonal de la transcendencia del yo (Haugan, 2014; Haugan, Hanssen y Mokenes, 2013). Además, existen varias prácticas de curación guiadas por las interacciones de enfermería que facilitan la transcendencia del yo al ayudar a los individuos a expandir los límites personales de forma saludable para la mente (Coward y Reed, 1996; Reed, 1991a). Los profesionales de enfermería pueden facilitar estas prácticas en sus interacciones con los pacientes, que incluyen la redacción, la actividad artística y musical, la meditación, la revisión vital y la autorreflexión, y la religión u otras expresiones de altruismo, fe y esperanza.

Se ha estudiado la importancia de las **prácticas e intervenciones específicas** en la promoción de la transcendencia del yo y el bienestar. Las respuestas de varias personas con enfermedad de Alzheimer en estado terminal tras una intervención «generadora de vínculos» demostraron un aumento de la transcendencia del yo y el bienestar (Walsh et al., 2011). Una intervención orientada a los cuidadores de ancianos con demencia consistente en redactar poemas encontró temas de transcendencia del yo en los cuidadores tras la intervención (Kidd, Zauszniewski y Morris, 2011). El programa Psychoeducational Approach to Transcendence and Health (PATH) resultó un abordaje factible y potencialmente eficaz para facilitar la transcendencia del yo y fomentar el bienestar en los ancianos que residen en la comunidad (McCarthy et al., 2015). Otro abordaje creativo para la transcendencia del yo consiste en desarrollar una intervención de autoayuda basada en el ordenador

para facilitar las conexiones (y/o el intercambio de dudas) entre los individuos del colectivo LGTBI (lesbianas, homosexuales, transexuales, bisexuales e intersexos) con intereses y valores compartidos (DiNapoli et al., 2014). Haase et al. (Robb et al., 2014) aplicaron su modelo de resiliencia en la enfermedad para la investigación sobre una intervención terapéutica con un vídeo musical para facilitar la transcendencia del yo y la resiliencia junto con otros factores importantes para el bienestar de los adolescentes y adultos jóvenes sometidos a un trasplante de células madre hematopoyéticas.

Se ha estudiado la capacidad de facilitar la transcendencia del yo de distintas **intervenciones grupales.** En un estudio cuasi experimental, se demostró que los grupos de soporte de compañeros facilitaban la transcendencia del yo y fomentaban la salud física y el bienestar en las personas con esclerosis múltiple (Jadid-Milani et al., 2015). La psicoterapia de grupo (Young y Reed, 1995) y los grupos de apoyo en cáncer de mama (Coward, 1998, 2003; Coward y Kahn, 2004, 2005) son intervenciones que han sido utilizadas por los investigadores en enfermería para facilitar la transcendencia del yo mediante el aporte de oportunidades para analizar los valores, compartir experiencias y ayudar a otras personas en situaciones parecidas, y también para encontrar un significado en su situación de salud. Stinson y Kirk (2006) emplearon la reminiscencia de grupo para reducir la depresión y aumentar la transcendencia del yo en ancianas que vivían en una residencia asistida. McGee (2000) sugirió que la recuperación del alcoholismo se basa en la transcendencia del yo, facilitada por un entorno diseñado por los profesionales de enfermería que apoya los 12 pasos y las 12 tradiciones de Alcohólicos Anónimos.

Formación

La teoría de la transcendencia del yo es importante en varios aspectos para la formación de enfermería. En primer lugar, la teoría informa a los estudiantes sobre un foco sustantivo de la enfermería, que es facilitar el bienestar a través de los recursos de la persona y las interacciones creativas con los profesionales de enfermería. Además, se pueden enseñar las intervenciones basadas en teorías y

las interacciones de enfermería a los estudiantes para que las apliquen en su trabajo con individuos vulnerables.

En segundo lugar, se ha identificado el concepto de la transcendencia del yo en obras de expertos de enfermería sobre las bases filosóficas de esta disciplina como concepto central en enfermería (Malinski, 2006; Newman, 1986; Parse, 1981; Rogers, 1970; 1980; Sarter, 1988; Watson, 1979). El concepto tiene importancia histórica y contemporánea en la formación de los profesionales de enfermería, porque fomenta la comprensión de un aspecto esencial de esta disciplina.

En tercer lugar, además de la sustancia de la teoría, esta aporta una oportunidad de aprender sobre el proceso de desarrollo y refinamiento de las teorías. Por tanto, la teoría es importante en todos los niveles del contenido formativo de enfermería, desde el bachillerato al doctorado, tanto a nivel práctico como de investigación.

Por último, y de forma importante, la formación sobre la teoría de la transcendencia del yo es importante porque apoya a los alumnos, que como futuros profesionales de la enfermería se verán enfrentados a situaciones difíciles que pueden aumentar su propia vulnerabilidad y afectar a su bienestar. La transcendencia del yo es una vía que ayuda al cuidador o cura al cuidador, de forma que los profesionales de enfermería aprenden a llevar una forma de vida saludable cuando cuidan de los demás (Conti-O'Hare, 2002). Los hallazgos de la investigación indican que los profesionales de enfermería pueden beneficiarse de las actitudes y conductas de transcendencia del yo. Por ejemplo, una actividad basada en la teoría realizada con ancianos en centros de mayores comunitarios ayudó a los estudiantes de Enfermería a ampliar sus propios límites y adoptar actitudes más positivas a la hora de trabajar con este grupo de edad (Chen y Walsh, 2009; Walsh et al., 2008). En otros estudios, la perspectiva de la transcendencia del yo se correlacionó con un menor nivel de estrés laboral en los profesionales de enfermería de cuidados paliativos y oncología (Hunnibell et al., 2008), con un mayor nivel de compromiso laboral en los profesionales de cuidados agudos (Palmer et al., 2010) y con el bienestar de los profesionales de enfermería con alcoholismo (McGee, 2000, 2004).

Investigación

Las prácticas e intervenciones basadas en la teoría que se han comentado en la sección previa comienzan con una investigación inicial sobre los posibles factores y relaciones. Esta sección resume un conjunto de estudios de investigación que pueden ser la base para posteriores estudios de investigación basados en la intervención. Los estudios se han centrado en determinados grupos y experiencias de salud, como los individuos con depresión y otros problemas de salud mental; enfermedades con riesgo vital y enfermedades crónicas; pacientes en cuidado a largo plazo y en la comunidad; adultos ancianos viejos y de mediana edad, y cuidadores de la familia.

La investigación inicial se centró en la depresión, y los resultados confirmaron la existencia de relaciones significativas entre la transcendencia del yo y la gravedad o la aparición de depresión en ancianos (Reed, 1986b, 1989, 1991a). Otros estudios confirmaron relaciones parecidas en adultos ancianos deprimidos (Klaas, 1998; Stinson y Kirk, 2006; Young y Reed, 1995) y en adultos de mediana edad (Ellermann y Reed, 2001). En un estudio realizado sobre ancianos taiwaneses que vivían en residencias, la transcendencia del yo se asoció de forma importante y negativa con los síntomas depresivos (Hsu et al., 2013). La teoría de la transcendencia del yo se ha aplicado también al estudio de los ancianos suicidas (Buchanan, Ferran y Clark, 1995). Walton et al. (1991) identificaron una relación inversa entre la transcendencia del yo y la soledad en ancianos sanos.

Varios estudios de investigación aportaron pruebas que confirman la asociación entre la transcendencia del yo y el aumento del bienestar en poblaciones que se enfrentan a una enfermedad con riesgo vital. Los resultados de varios estudios han demostrado relaciones positivas entre la transcendencia del yo y el bienestar o la calidad de vida en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (Coward, 1994, 1995; Coward y Lewis, 1993; McCormick et al., 2001; Mellors et al., 2001; Mellors, Riley y Erlen, 1997; Sperry, 2011; Stevens, 1999). Numerosos estudios han descrito la importancia de la transcendencia del yo en mujeres con cáncer de mama (Carpenter, Brockopp y

Andrykowski, 1999; Coward, 1990, 1991; Coward y Kahn, 2004, 2005; Farren, 2010; Kinney, 1996; Matthews y Cook, 2009; Pelusi, 1997; Taylor, 2000; Thomas et al., 2010). Otras poblaciones en las que se ha demostrado la importancia de la transcendencia del yo son ancianos con cáncer de próstata (Chin-A-Loy y Fernsler, 1998), ancianos con insuficiencia cardíaca crónica (Gusick, 2008), receptores de trasplante hepático (Bean y Wagner, 2006), receptores de trasplante de células madre hematopoyéticas (Williams, 2012) y adultos sin hogar (Runquist y Reed, 2007).

También se ha demostrado que la transcendencia del yo es importante para envejecer con éxito en las personas de 80 años o más (McCarthy, Ling y Carini, 2013) y en las percepciones de los adultos ancianos sobre la salud física y mental positiva (Bickerstaff, Grasser y McCabe, 2003; Nygren et al., 2005). Guarda una relación positiva con la implicación en las actividades de la vida diaria y el autocuidado en ancianos no institucionalizados y adultos sanos de mediana edad (Coward, 1996; Upchurch, 1999; Upchurch y Mueller, 2005).

Entre los individuos que reciben cuidado a largo plazo y en otras unidades, la transcendencia del yo se relaciona de forma significativa con el bienestar. Los resultados de varios estudios realizados por Haugan et al. apoyan de forma constante que la transcendencia del yo es un recurso significativo para diversas dimensiones del bienestar en los adultos ancianos que conservan la capacidad cognitiva normal y están sometidos a cuidados a largo plazo (Haugan et al., 2013, 2014), y es un aspecto que debe ser fomentado en la interacción enfermera-paciente (Haugan, 2014; Haugan, Hanssen y Mokenes, 2013). Los resultados de un estudio longitudinal no confirmaron la relación directa entre la transcendencia del yo y la supervivencia de los ancianos más viejos, pero sugirieron que la transcendencia del yo facilitaba otros factores, como el contacto social, las actividades de exterior y otras funciones que pueden prolongar la longevidad en presencia de los trastornos médicos que limitan la vida propios del envejecimiento (Norberg et al., 2015).

Varios investigadores han analizado la transcendencia del yo como componente de la fuerza interna (Lundman et al., 2012; Nygren et al., 2005; Viglund et al., 2014) usando una teoría y

medida muy parecida a la transcendencia del yo. Describieron la fuerza interna como un proceso dinámico y de desarrollo, que se mide como un índice de sentido de coherencia, resiliencia, objetivo en la vida y transcendencia del yo (Lundman et al., 2012). Los hallazgos de estas investigaciones apoyaron la hipótesis de que la fuerza interna es al menos un mediador parcial en la relación entre tener una enfermedad grave y la salud autoestimada por los ancianos.

Moe (2013) y otros analizaron la fuerza interna, considerando la transcendencia del yo como uno de los principales componentes de este concepto. La fuerza interna se midió con la STS y otros instrumentos relacionados con la salud mental y física en una muestra de mujeres y hombres muy ancianos con enfermedades crónicas. Una de las principales conclusiones es que, aunque las personas muy ancianas crónicamente enfermas son más vulnerables que las personas jóvenes, tienen también el recurso de la fuerza interna no solo para afrontar la vida sino también para disfrutar de ella. Las relaciones positivas entre la transcendencia y la transformación y el encuentro de un significado también fueron descritas en mujeres con trastornos crónicos, como la artrosis, que viven en comunidad (Neill, 2002; Shearer, Fleury y Reed, 2009).

La teoría tiene implicaciones prácticas para los cuidadores de la familia. Acton (2003), Acton y Wright (2000) y Kidd, Zauszniewski y Morris (2011) analizaron la transcendencia del yo en los cuidadores de pacientes con demencia. Acton y Wright (2000) sugirieron la organización de períodos de relajación para los cuidadores que les permitan disponer de tiempo y energía para sus actividades transpersonales. Al describir un caso clínico de un paciente en los estadios iniciales de la enfermedad de Alzheimer, Vitale, Shaffer y Fenton (2014) plantearon la utilidad de la teoría para orientar a las familias sobre las formas de mejorar el bienestar de los familiares. La transcendencia del yo también ha resultado importante para los cuidadores de enfermos terminales que fallecieron en el año previo (Enyert y Burman, 1999; Reed y Rousseau, 2007) y en otros grupos de individuos en duelo (Joffrion y Douglas, 1994) y que habían perdido a personas queridas por el VIH o el sida (Kausch y Amer, 2007). Kim et al. (2011) encontraron una interdependencia significativa en las díadas cuidador familiar-

anciano coreanas en las variables de transcendencia del yo y bienestar.

Evolución

La conceptualización inicial de Reed de la transcendencia del yo se centró en la fase final de la edad adulta e identificó la importancia de los recursos personales que expanden los límites del yo más allá de los temores generados por el deterioro físico consecuencia del envejecimiento o la enfermedad. Reed recibió financiación para estudiar la relación entre la transcendencia del yo y las decisiones sobre el final de la vida y el bienestar en los pacientes y los cuidadores de su familia. Las personas que afrontan el final de sus vidas son uno de los grupos más vulnerables a los que deben cuidar los profesionales de enfermería. Otros expertos han ampliado esta teoría para incluir a adultos jóvenes con trastornos que limitan la vida y pueden aumentar la vulnerabilidad.

Las investigaciones de la última década han ampliado el ámbito de la teoría para incorporar a una diversidad mayor de individuos que experimentan vulnerabilidad y riesgos hacia su bienestar –jóvenes y viejos; pacientes y no pacientes, y de diferentes razas–. Ejemplos de los focos de interés de estas investigaciones son los ancianos japoneses hospitalizados (Hoshi y Reed, 2011), los ancianos coreanos y sus cuidadores familiares (Kim et al., 2011), los adultos amish de Ohio rural (Sharpnack et al., 2010, 2011), los cuidadores de ancianos con demencia (Kidd, Zauszniewski y Morris, 2011), los ancianos de bajos ingresos (McCarthy, 2011), los ancianos que viven en residencias en Noruega (Haugan, 2014; Haugan et al., 2014) y los alumnos de instituto sometidos a acoso escolar (Willis y Grace, 2011; Willis y Griffith, 2010). Diversas variables personales y del contexto afectan a la relación entre la transcendencia del yo y el bienestar en los individuos de distintas edades y situaciones vitales.

Un hallazgo destacado reciente es que la acumulación de resultados de las investigaciones indica que la transcendencia del yo es un mediador entre la vulnerabilidad y el bienestar, y sugiere que puede funcionar en intervenciones orientadas a facilitar el bienestar en las experiencias de los individuos con un aumento de

vulnerabilidad. Por ejemplo, se ha demostrado que la transcendencia del yo es un mediador en personas con enfermedades progresivas, como la esclerosis múltiple y el lupus eritematoso sistémico (Iwamoto, Yamawaki y Sato, 2011), el cáncer de próstata (Chin-A-Loy y Fernsler, 1998) y el cáncer oral (Chen, 2012).

Diversos equipos de investigadores siguen analizando el instrumento que mide la transcendencia del yo (STS) en distintos grupos. Se han introducido ligeras modificaciones para aplicarla a los adolescentes, por ejemplo. Además, un grupo de investigadores suecos revisó la STS para su muestra y redujo los aspectos incluidos de 15 a 10 (Lundman et al., 2015). La población de ancianos escandinavos institucionalizados en residencias en la que Haugan et al. analizaron la transcendencia del yo (2012) generó dos factores clave en la medida, en lugar de la STS de un solo factor desarrollado por Reed. Sin embargo, Reed reconoce que, aunque existen muchas formas de ampliar los límites (dado que se plantea la teoría de que son multidimensionales e incluso pandimensionales), el concepto de límites ampliados es básicamente una única idea conceptual según la teoría de la transcendencia del yo. La transcendencia del yo es un concepto rico y algo abstracto, y puede invitar a diversas interpretaciones en función del contexto de la investigación y la perspectiva filosófica del investigador. El desarrollo de teorías es un proceso de investigación dinámico.

La teoría de la transcendencia del yo puede refinarse todavía más conforme se amplían las investigaciones hacia otros procesos de enfermería del bienestar según la reconceptualización de enfermería de Reed (1997a). De este modo, Reed sugirió ampliar la definición de enfermería para incluir no solo las fuentes externas de la actividad enfermera («el profesional de enfermería»), sino también reconocer los procesos de enfermería *en el seno* de los seres humanos. En concreto, Reed define la enfermería como el proceso de bienestar que existe dentro y entre los sistemas humanos, caracterizado por una complejidad e integración cambiante. A partir de esta idea, propuso que la transcendencia del yo era un proceso de enfermería. Las posteriores exploraciones sobre los mecanismos de los cambios de la complejidad e integración

deberían contribuir a desarrollar nuevas explicaciones teóricas sobre la aparición de la transcendencia del yo y su función en las vidas humanas. Conforme se refina la teoría de la transcendencia del yo mediante la práctica y la investigación, los profesionales de enfermería pueden aprender más sobre el potencial de bienestar de las personas a lo largo de sus vidas.

Crítica

Claridad

La claridad y la constancia son criterios clave en la descripción y la crítica sobre una teoría (Chinn y Kramer, 2015). La claridad se evalúa a través de la consistencia semántica y estructural. La consistencia semántica evalúa el grado de consistencia de los conceptos empleados en las definiciones y asunciones básicas de la teoría. La consistencia estructural alude a la congruencia entre las asunciones, el objetivo de la teoría, las definiciones de los conceptos y las conexiones entre los mismos. Aunque el concepto de transcendencia del yo puede parecer a primera vista demasiado abstracto, los profesionales de enfermería han sido capaces de apreciarlo e identificarse con él, tanto a nivel profesional como en sus propias vidas. Las fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría se describen con claridad en varias de las publicaciones referenciadas en este capítulo. Las definiciones y asunciones sobre los conceptos derivan de forma directa de la teoría del desarrollo a lo largo de la vida y de la ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers. En lo que respecta a la consistencia estructural, las relaciones de los modelos esquemáticos de la teoría (v. fig. 29.1) quedan totalmente definidas, son compatibles en todas las fuentes teóricas y se describen de forma constante en los distintos capítulos publicados por Reed (2014, 2015). La consistencia estructural es buena, porque de este modo las relaciones identificadas son lógicas y constantes.

No es raro encontrar cierta preocupación sobre la claridad cuando una teoría incorpora conceptos que son algo abstractos. Sin embargo, a pesar de todo, el pensamiento teórico de Reed ha sido congruente con las perspectivas originales de la vida de Rogers y

las asunciones que subyacen a la teoría. Esta autora conceptualizó una teoría que puede ser comprendida por los clínicos e investigadores en enfermería. Además, muchos hallazgos de investigación en enfermería apoyan una potente relación entre los conceptos que se plantean como hipótesis de esta teoría, lo que apoya su precisión empírica.

Sencillez

La teoría de nivel medio de Reed es parsimoniosa, con tres conceptos principales (vulnerabilidad, transcendencia del yo y bienestar) y sus interrelaciones propuestas. La sencillez de la teoría permite una amplia aplicación en distintas poblaciones, experiencias de salud, y estrategias y objetivos de bienestar. La complejidad de la teoría puede aumentar si es preciso porque se identifiquen factores personales y ambientales específicos y su relación con los conceptos principales en la aplicación clínica. Los principales conceptos y subconceptos (factores personales y de contexto) y el número de relaciones generadas por los mismos no son demasiado numerosos, aunque resultan suficientes y significativos como para establecer proposiciones teóricas clave.

Generalidad

El ámbito y objetivo de la teoría de Reed son tales que permiten aplicarla en una amplia gama de situaciones de salud humana. El objetivo de la teoría es fomentar la comprensión de los profesionales de enfermería sobre los procesos que estimulan el bienestar (Reed, 2014). Inicialmente, el trabajo de Reed se centró en los recursos de desarrollo de las personas que afrontan los restos de la edad adulta avanzada, en relación con indicadores de síntomas de salud mental, sobre todo depresión clínica. Al vincular la transcendencia del yo con la salud mental como indicador de bienestar, el ámbito de la teoría se amplió e incluyó también a personas no ancianas que afrontaban un aumento de vulnerabilidad, como situaciones con riesgo vital.

El desarrollo continuado y la demostración de la teoría permitieron especificar que la transcendencia del yo es un mediador entre la vulnerabilidad y el bienestar, además de un

correlato directo del bienestar (Reed, 2014, 2015). La teoría es actualmente más amplia y mantiene la congruencia con una perspectiva vital. Los principales conceptos se pueden aplicar a cualquier persona confrontada con su vida y episodios situacionales, que van desde el parto a otras experiencias de cuidado, incluido el envejecimiento saludable o la convivencia con una enfermedad crónica o grave y el final de la vida. La expansión del ámbito y objetivo de la teoría de la salud mental al bienestar aumentó su generalidad, consiguiendo una teoría que se puede aplicar a muchas situaciones de la salud y la curación.

Accesibilidad

El criterio de accesibilidad alude a la bondad de la relación entre los conceptos de la teoría y la realidad observable empírica y la práctica de la enfermería (Chinn y Kramer, 2015). Numerosos investigadores han identificado indicadores empíricos de los conceptos teóricos que son significativos para sus contextos de estudio. En concreto, la medida de la transcendencia del yo se ha consagrado mediante el desarrollo y refinamiento de la STS de Reed. Además, la STS se ha traducido a muchos idiomas, incluidos el castellano, el sueco, el coreano, el chino mandarín, el iraní, el turco, el francés y el japonés. Sin embargo, los investigadores pueden emplear otros instrumentos para medir la transcendencia del yo, porque los conceptos son subsidiarios de distintos abordajes y medidas que se ajustan al contexto clínico de interés en enfermería.

Importancia

La teoría de la transcendencia del yo es una teoría de nivel medio basada en la filosofía y la práctica de la enfermería, sigue usándose en la formación de los profesionales de enfermería, y se sigue poniendo a prueba y expandiendo por la aplicación en investigación y práctica. La teoría aporta información sobre las capacidades de desarrollo humano de bienestar a través de las situaciones de salud importantes para los cuidados de enfermería. Los profesionales de enfermería y los pacientes afrontan situaciones que ponen en riesgo su bienestar. El conocimiento sobre la

transcendencia del yo puede incorporarse al repertorio de enfermería para facilitar el bienestar en momentos de vulnerabilidad. La naturaleza abstracta, aunque definible, de la transcendencia del yo facilita el desarrollo de muchas intervenciones que pueden ser puestas a prueba como estrategias para fomentar el bienestar en diversas situaciones de relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes.

Resumen

La teoría de la transcendencia del yo fue desarrollada inicialmente mediante el uso de la reformulación deductiva sobre las teorías del desarrollo a lo largo de la vida, del sistema conceptual de los seres humanos unitarios de Rogers, de la investigación empírica y de las experiencias personales y clínicas de la propia teórica. Los conceptos teóricos son abstractos, pero se han desarrollado unos subconceptos concretos, que han sido estudiados de forma amplia en una serie de poblaciones. Los datos de la investigación confirman las relaciones que se sospechaban entre vulnerabilidad, perspectivas y conductas de la transcendencia del yo y bienestar. Estos estudios contribuyen a que los profesionales de enfermería comprendan mejor que los pacientes pueden conservar una capacidad de desarrollo personal y sentido del bienestar. La transcendencia del yo, como proceso de enfermería de los seres humanos y que es practicado por los profesionales de enfermería, es un recurso para el bienestar y su complejidad cambiante a lo largo de la vida.

Caso clínico

El Sr. Jones es un hombre de 65 años cuya mujer falleció hace 6 meses tras una larga enfermedad. La pareja llevaba 45 años casada y se adoraban mutuamente. Tenían tres hijos, que actualmente tienen unos 30 años. Dos de sus hijos viven a cientos de kilómetros, pero uno vive con su mujer y dos niños en edad preescolar a menos de 1 km de la casa del Sr. Jones.

El Sr. Jones fue responsable de gran parte de la asistencia de su mujer durante su enfermedad. Aunque cuidarla era agotador y le llevaba mucho tiempo, por lo que tenía que quedarse en casa gran parte del mismo, se sentía agradecido de haberlo podido hacer.

Actualmente está solo en casa, se siente muy solo y no tiene interés en elaborar comida o comer, y carece de energía para volver a retomar sus actividades sociales y comunitarias e incluso para interactuar con su hijo y su familia.

Los profesionales de enfermería de la clínica de cuidados paliativos llamaron al Sr. Jones para asesorarle durante el seguimiento de su duelo. Le dijeron que, aunque había «pasado» una exploración física rutinaria la semana anterior, estaban preocupados por su tristeza y falta de energía prolongadas. La enfermera lo tranquilizó diciéndole que no era raro que el duelo durase muchos meses tras una pérdida importante. Le preguntó si consideraba que su mujer, en caso de haber fallecido él antes, hubiese tenido la misma experiencia. Su respuesta fue que a su mujer le habría costado todavía más adaptarse. La enfermera y el Sr. Jones dedicaron un rato a reflexionar sobre su pérdida y sentimientos, y también a comentar su respuesta. La pregunta inicial de la enfermera y la perspectiva aportada por el Sr. Jones fue que el duelo no era tan malo, porque su mujer le había ayudado a transcender a la experiencia inmediata de la pérdida y encontrar algún significado para el duelo.

Esta ilustración es un ejemplo de la expansión hacia el interior de los límites del yo como reflejo de la transcendencia del mismo. Otras expresiones de la transcendencia del yo podrían ayudar al Sr. Jones a conseguir su propia recuperación y recuperar el estado de bienestar.

En lo que respecta a la expansión hacia el exterior, el Sr. Jones podría, con cierta ayuda, acudir a la familia de su hijo para empezar a reconectar con el mundo exterior. Ir a casa de su hijo caminando podría ampliar su mundo sensitivo y darle oportunidades para interactuar con otras personas y con la naturaleza durante el trayecto. Pasar ratos con sus nietos podría darle la alegría que los niños pequeños aportan a los ancianos, y también podría sentirse satisfecho por ayudar a su hijo y a su nuera.

Ofrecerse a emplear las habilidades aprendidas durante el cuidado de su mujer para poder acudir como voluntario a un centro de paliativos en el futuro sería un ejemplo de transcendencia temporal. La integración de los recuerdos del Sr. Jones en su vida

actual sería otro ejemplo de transcendencia temporal del yo.

La transcendencia transpersonal del yo es otra experiencia importante para el Sr. Jones. Aunque no ha podido acudir a misa durante varios años, previamente había encontrado en la camaradería con los demás una fuente de confort. Su vida espiritual podría incluso haberse ampliado para incluir algunas dimensiones espirituales nuevas, como las derivadas de poder «reunirse» alguna vez con su mujer o sentirla presente de alguna manera en el momento actual. Volver a la iglesia o cubrir las dimensiones espirituales fuera de un grupo organizado, de forma que se relacione con la perspectiva de la muerte del Sr. Jones como dependiente de un ser superior o divino, es otro ejemplo de transcendencia del yo transpersonal.

Actividades de pensamiento crítico

1. Plantéese el aspecto multidimensional de la transcendencia del yo y enumere ejemplos de situaciones en las que ha vivenciado una ampliación de los límites en su propia vida. Identifique cómo ha influido esta conciencia expandida en su salud o sensación de bienestar en cada ejemplo.
2. ¿Cuáles son algunos de los factores de la vida de los pacientes de los que se ha ocupado recientemente que han afectado de forma negativa o positiva a su transcendencia del yo? Si la respuesta fuera negativa, ¿cómo podría haber facilitado la transcendencia del yo para conseguir un resultado más positivo?
3. ¿Qué intervenciones de enfermería podrían facilitar o apoyar la transcendencia del yo en un ser vivo individual con una enfermedad crónica o con riesgo vital? ¿Cómo podría aplicar la teoría de la transcendencia del yo para ayudar a una persona frágil de 95 años que vive en una residencia a mantener o recuperar su sensación de bienestar?

Referencias para ampliar conocimientos

- Reed, P. G. (2008). Reed self-transcendence theory, Nurse Theorists: Portraits of Excellence, vol. II. Athens, OH: Fitne

Productions.

- Reed, P. G. (2010). Self-transcendence theory and nursing in illness and suffering. (DVD) Por la Escuela Superior de Salud Instituto Politécnico de Leiria Research Conference, Lisboa, Portugal.
- Reed, P. G. (2015). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), Middle range theory for nursing (3rd ed., pp. 109-139). New York: Springer.
- Reed, P. G., & Shearer, N. B. C. (2011). Nursing knowledge and theory innovation: Advancing the science of nursing practice. New York: Springer.

Bibliografía

Acton G. Self-transcendent views and behaviors: Exploring growth in caregivers of adults with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003;28(12):22–30.

Acton G, Wright K. Self-transcendence and family caregivers of adults with dementia. *Journal of Holistic Nursing*. 2000;18(2):143–158.

Bean K, Wagner K. Self-transcendence, illness distress, and quality of life among liver transplant recipients. *Journal of Theory Construction & Testing*. 2006;10(2):47–53.

Bickerstaff KA, Grasser CM, McCabe B. How elderly nursing home residents transcend losses of later life. *Holistic Nursing Practice*. 2003;17(3):159–165.

Buchanan D, Ferran C, Clark D. Suicidal thought and self-transcendence in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1995;33(10):31–34: 42-43.

Carpenter JS, Brockopp D, Andrykowski M. Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29(6):1042–1411.

Chen S, Walsh S. Effect of a creative-bonding intervention on Taiwanese nursing students' self-transcendence and attitudes toward elders. *Research in Nursing and Health*. 2009;32(2):204–216.

Chin-A-Loy SS, Fernsler JI. Self-transcendence in older men attending a prostate cancer support group. *Cancer Nursing*. 1998;21(5):358–363.

Chinn PL, Kramer MK. *Knowledge development in nursing: Theory and process*. 9th ed. St Louis, MO: Mosby-Elsevier; 2015.

Conti-O'Hare M. *The nurse as wounded healer: From trauma to transcendence*.

Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2002.

Coward DD. The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly*. 1990;3:162–169.

Coward DD. Self-transcendence and emotional well-being in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1991;18:857–863.

Coward DD. Meaning and purpose in the lives of persons with AIDS. *Public Health Nursing*. 1994;11(5):331–336.

Coward DD. Lived experience of self-transcendence in women with AIDS. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1995;24:314–318.

Coward DD. Correlates of self-transcendence in a healthy population. *Nursing Research*. 1996;45(2):116–121.

Coward DD. Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group. *Oncology Nursing Forum*. 1998;25:75–84.

Coward DD. Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group II. *Oncology Nursing Forum*. 2003;30(Part 1 of 2):291–300.

Coward DD, Kahn DL. Resolution of spiritual disequilibrium in women newly diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(2):E24–E31.

Coward DD, Kahn DL. Transcending breast cancer: Making meaning from diagnosis and treatment. *Journal of Holistic Nursing*. 2005;23(3):264–283.

Coward DD, Lewis FM. The lived experience of self-transcendence in gay men with AIDS. *Oncology Nursing Forum*. 1993;20:1363–1369.

Coward DD, Reed PG. Self-transcendence: A resource for healing at the end-of-life. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17(3):275–288.

DiNapoli JM, Garcia-Dia MJ, Garcia-Ona L, O'Flaherty D, Siller J. A theory-based computer mediated communication intervention to promote mental health and reduce high-risk behaviors in the LGBT population. *Applied Nursing Research*. 2014;27(1):91–93.

Ellermann CR, Reed PG. Self-transcendence and depression in middle-aged adults. *Western Journal of Nursing Research*. 2001;23(7):698–713.

Enyert G, Burman ME. A qualitative study of self-transcendence in caregivers of terminally ill patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 1999;16(2):455–462.

Farren AT. Power, uncertainty, self-transcendence, and quality of life in breast cancer survivors. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(1):63–71.

Frankl V. *The will to meaning*. New York: New American Library; 1969.

Gusick GM. The contribution of depression and spirituality to symptom burden in chronic heart failure. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008;22(1):53–55.

Haugan G. Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life

and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(1):74–88.

Haugan G, Hanssen B, Moksnes UK. Self-transcendence, nurse-patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(4):882–893.

Haugan G, Rannestad T, Garåsen H, Hammervold R, Espnes GA. The self-transcendence scale: An investigation of the factor structure among nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2012;30(3):147–159.

Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espnes GA. Self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients: A resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5):1147–1160.

Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espnes GA. The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing*. 2014;9:65–78.

Hoshi, M., & Reed, P.G. (2011). *Testing the applicability of the self-transcendence scale on Japanese hospitalized elders*. Unpublished paper presented at the Theta Sigma Tau 41st International Biennial Convention, Grapevine, TX. Abstract retrieved from http://hdl.handle.net/10755/201802.

Hsu YC, Badger T, Reed P, Jones E. Factors associated with depressive symptoms in older Taiwanese adults in a long-term care community. *International Psychogeriatrics*. 2013;25:1013–1021.

Hunnibell LS, Reed PG, Quinn-Griffin M, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence and burnout in hospice and oncology nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2008;10(3):172–179.

Iwamoto R, Yamawaki N, Sato T. Increased self-transcendence in patients with intractable diseases. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2011;65:638–647.

Jadid-Milani M, Ashktorab T, Abed Saeedi Z, Alavi Majd H. The impact of self-transcendence on physical health status promotion in multiple sclerosis patients attending peer support groups. *International Journal of Nursing Practice*. 2015;21(6):725–732.

Joffrion LP, Douglas D. Grief resolution: Facilitating self-transcendence in the bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1994;32(3):13–19.

Kausch KD, Amer K. Self-transcendence and depression among AIDS Memorial Quilt panel makers. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 2007;45(6):44–53.

Kidd LI, Zauszniewski JA, Morris DL. Benefits of a poetry writing intervention for family caregivers of elders with dementia. *Issues in*

Mental Health Nursing. 2011;32:598–604.

Kim S, Reed PG, Hayward RD, Kang Y, Koenig HG. Spirituality and psychological well-being: Testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Research in Nursing and Health*. 2011;34:103–115.

Kinney C. Transcending breast cancer: Reconstructing one's self. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17(3):201–216.

Klaas D. Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*. 1998;4:452–462.

Langner TS. A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *Journal of Health and Human Behavior*. 1962;3:269–276.

Lundman B, Alex L, Jonsen E, et al. Inner strength in relation to functional status, disease, living arrangements and social relationships among people aged 85 years and older. *Geriatric Nursing*. 2012;33(3):161–167.

Lundman B, Årestedt K, Norberg A, Fischer RS, Norberg C, Lövheim H. Psychometric properties of the Swedish version of the Self-Transcendence Scale among the oldest old. *Journal of Nursing Measurement*. 2015;23(1):96–111.

Malinski VM. Rogerian science-based nursing theories. *Nursing Science Quarterly*. 2006;19(1):7–12.

Maslow AH. *Farther reaches of human nature*. New York: Viking Press; 1971.

Matthews EE, Cook PF. Relationships between optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2009;18:716–726.

McCarthy VL. A new look at successful aging: Exploring a mid-range theory among older adults in a low-income retirement community. *The Journal of Theory Construction and Testing*. 2011;15(1):17–22.

McCarthy VL, Jiying L, Bowland S, Hall LA, Connelly J. Promoting self-transcendence and well-being in community-dwelling older adults: A pilot study of a psychoeducational intervention. *Geriatric Nursing*. 2015;36(6):431–437.

McCarthy VL, Jiying L, Carini RM. The role of self-transcendence. A missing variable in the pursuit of successful aging? *Research in Gerontological Nursing*. 2013;6:178–186.

McCormick DP, Holder B, Wetsel M, Cawthon T. Spirituality and HIV disease: An integrated perspective. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2001;12(3):58–65.

McGee E. Alcoholics Anonymous and nursing: Lessons in holism and spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*. 2000;18(1):11–26.

McGee, E.M. (2004). *I'm better for having known you: An exploration of self-transcendence in nurses*. Unpublished doctoral dissertation, Boston College.

Mellors MP, Erlen JA, Coontz PD, Lucke KT. Transcending the suffering of AIDS. *Journal of Community Health Nursing*. 2001;18(4):235–246.

Mellors MP, Riley TA, Erlen JA. HIV, self-transcendence, and quality of life. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 1997;8(2):59–69.

Moe A, Hellzen O, Ekker K, Enmarker I. Inner strength in relation to perceived physical and mental health among the oldest old people with chronic illness. *Aging & Mental Health*. 2013;17(2):189–196.

Neill J. Transcendence and transformation in life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *Advances in Nursing Science*. 2002;24(2):27–47.

Newman MA. *Health as expanding consciousness*. St Louis: Mosby; 1986.

Norberg A, Lundman B, Gustafson Y, Norberg C, Fischer RS, Lövheim H. Self-transcendence (ST) among very old people—Its associations to social and medical factors and development over five years. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 2015;61(2):247–253.

Nygren B, Alex L, Jonsen E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*. 2005;9(4):354–362.

Palmer B, Quinn MT, Reed PG, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence and work engagement in acute care staff registered nurses. *Critical Care Nursing*. 2010;33(2):138–147.

Parse RR. *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley; 1981.

Pelusi J. The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1997;24(3):1343–1353.

Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1:385–401.

Reed PG. Implications of the life span developmental framework for well-being in adulthood and aging. *Advances in Nursing Science*. 1983;6(1):18–25.

Reed PG. Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research*. 1986;35(6):368–374.

Reed PG. Mental health of older adults. *Western Journal of Nursing Research*. 1989;11:143–163.

Reed PG. Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*. 1991;13(4):64–77.

Reed PG. Self-transcendence and mental health in the oldest-old adults. *Nursing Research*. 1991;40(1):5–11.

Reed PG. Nursing: The ontology of the discipline. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(2):76–79.

Reed PG. The place of transcendence in nursing's science of unitary human beings: Theory and research. In: Madrid M, ed. *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing; 1997:187–196.

Reed PG. The theory of self-transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR, eds. *Middle range theory for nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 2014:109–139.

Reed PG. Pamela Reed's theory of self-transcendence. In: Smith MC, Parker ME, eds. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2015:411–419.

Reed PG, Rousseau E. Spiritual inquiry and well-being in life limiting illness, Journal of Religion, Spirituality. *& Aging*. 2007;19(4):81–98.

Riegel K. The dialectics of human development. *American Psychologist*. 1976;31:689–699.

Robb SL, Burns DS, Stegenga KA, et al. Randomized clinical trial of therapeutic music video intervention for resilience outcomes in adolescents/young adults undergoing hematopoietic stem cell transplant: A report from the Children's Oncology Group. *Cancer*. 2014;120(6):909–917.

Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.

Rogers ME. A science of unitary man. In: Riehl J, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:329–338.

Rogers ME. Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings: Update 1990. In: Barrett EAM, ed. *Visions of Rogers' science based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990:5–12.

Runquist JJ, Reed PG. Self-transcendence and well-being in homeless adults. *Journal of Holistic Nursing*. 2007;25(1):5–13.

Sarter B. Philosophical sources of nursing theory. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(2):52–59.

Sharpnack PA, Quinn-Griffin MT, Benders AM, Fitzpatrick JJ. Spiritual and alternative healthcare practices of the Amish. *Holistic Nursing Practice*. 2010;24(2):64–72.

Sharpnack PA, Quinn-Griffin MT, Benders AM, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence and spiritual well-being in the Amish. *Journal of Holistic Nursing*. 2011;29(2):91–97.

Shearer NBC, Fleury JD, Reed PG. The rhythm of health in older women

with chronic illness. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2009;23(2):148–160.

Sperry, J.J. (2011). *The relationship of self-transcendence, social interest, and spirituality to well-being in HIV/AIDS adults*. Doctoral dissertation. Available from ProQuest Dissertations and Theses database.(UMI 3480607.).

Stevens, D.D. (1999). *Spirituality, self-transcendence and depression in young adults with AIDS (Immune deficiency)*. Doctoral dissertation. Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI 9961253.).

Stinson CK, Kirk E. Structured reminiscence: An intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:208–218.

Taylor EJ. Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2000;27:781–788.

Thomas JC, Burton M, Quinn-Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(2):115–122.

Upchurch SL. Self-transcendence and activities of daily living: The woman with the pink slippers. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17(3):251–266.

Upchurch SL, Mueller WH. Spiritual influences on ability to engage in self-care activities among older African Americans. *International Journal of Aging & Human Development*. 2005;60(1):77–94.

Viglund K, Jonsén E, Strandberg G, Lundman B, Nygren B. Inner strength as a mediator of the relationship between disease and self-rated health among old people. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(1):144–152.

Vitale SA, Shaffer CM, Fenton HRA. Self-transcendence in Alzheimer's disease: The application of theory in practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2014;23(4):347–355.

Walton C, Shultz C, Beck C, Walls R. Psychological correlates of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1991;5(3):165–170.

Walsh SM, Chen S, Hacker M, Broschard D. A creative-bonding intervention and a friendly visit approach to promote nursing students' self-transcendence and positive attitudes toward elders: A pilot study. *Nurse Education Today*. 2008;28:363–370.

Walsh SM, Lamet AR, Lindgren CL, Rillstone P, Little DJ, Steffey CM, et al. Art in Alzheimer's care: Promoting well-being in people with late-stage Alzheimer's disease. *Rehabilitation Nursing*. 2011;36(2):66–72.

Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown; 1979.

Williams BJ. Self-transcendence in stem-cell transplantation recipients: A phenomenologic study. *Oncology Nursing Forum*. 2012;39(1):E41–E48.

Willis DG, Grace PJ. The applied philosopher-scientist: Intersections among phenomenological research, nursing science, and theory as a basis for practice aimed at facilitating boys' healing from being bullied. *Advances in Nursing Science*. 2011;34(10):19–28.

Willis DG, Griffith CA. Healing patterns revealed in middle school boys' experiences of being bullied using Roger's Science of Unitary Human Beings (SUHB). *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2010;23(30):125–132.

Young CA, Reed PG. Elders' perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self-transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1995;9(6):338–347.

Créditos de la fotografía: David VanGelder, Tucson, AZ.

30

Teoría de la trayectoria de la enfermedad

Lisa Kitko

Gwen McGhan

Julie L. Murphy

Cynthia K. Snyder

Janice Penrod

«La incertidumbre que rodea a una enfermedad crónica como el cáncer es la incertidumbre patente de la vida. Escuchando a quienes toleran esta exagerada incertidumbre, podemos aprender mucho de la trayectoria de la vida.»

(Wiener y Dodd, 1993, pág. 29)

Carolyn L. Wiener*
(1930-actualidad)

Marylin J. Dodd†
(1946-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Carolyn L. Wiener

Carolyn L. Wiener nació en San Francisco en 1930. Obtuvo su licenciatura en Ciencias Sociales Interdisciplinarias en la San Francisco State University en 1972. Wiener completó un máster en Sociología en la University of California, San Francisco (UCSF), en 1975. Volvió a la UCSF para realizar su doctorado en Sociología y lo completó en 1978. Después de obtener su doctorado, Wiener aceptó el puesto de socióloga adjunta de investigación en la UCSF, en el

que permaneció durante toda su carrera profesional, hasta alcanzar la condición de profesora titular en 1999.

Wiener es profesora emérita en el Departamento de Ciencias Sociales y de la Conducta en la Escuela de Enfermería en la UCSF. Sus investigaciones se han centrado en la organización en instituciones de atención sanitaria, enfermedad crónica y políticas de salud. Ha ejercido la docencia en métodos de investigación cualitativa, ha dirigido el trabajo de estudiantes e investigadores visitantes de enfermería y sociología en la UCSF y ha organizado numerosos seminarios y talleres, a escala nacional e internacional, sobre el método de la teoría fundamentada.

A lo largo de su carrera, la excelencia de Wiener le hizo merecedora de varios importantes premios y reconocimientos. En 2001, impartió la conferencia inaugural en la serie internacional titulada «Critiquing Health Improvement» en la Nottingham University School of Nursing, en Inglaterra. En el mismo año fue distinguida públicamente en la reunión de la UCSF titulada «Celebrating Women Faculty», un evento inaugural que reconocía los logros de su profesorado femenino. La relación en colaboración de Wiener con el Anselm Strauss de los últimos tiempos (coinspirador junto con Barney Glaser de la teoría fundamentada) y su prolífica experiencia en los métodos de la teoría fundamentada se ponen de manifiesto en su presencia como invitada en presentaciones en la Celebration of the Life and Work of Anselm Strauss en la UCSF celebrada en 1996, en una conferencia titulada «Anselm Strauss, un teórico: el impacto de su pensamiento en las ciencias sociales alemanas y europeas, en Magdeburgo, Alemania, en 1999», y en el First Anselm Strauss Research Colloquium en la UCSF en 2005. Wiener ha sido muy apreciada como asesora metodológica para investigadores y estudiantes de diversas especialidades.

La difusión de los hallazgos de su investigación y de sus publicaciones metodológicas es un sello del trabajo de Wiener. Ha producido una serie continua de artículos de investigación y de teoría desde mediados de los años setenta. Además, es autora o coautora de varios libros (Strauss et al., 1997; Wiener, 1981; 2000; Wiener y Strauss, 1997; Wiener y Wysmans, 1990). En sus trabajos iniciales, Wiener se centró en las trayectorias de la enfermedad, la

biografía y todo lo que se relaciona con la evolución de la tecnología médica. Desde finales de los años ochenta hasta los años noventa, Wiener se centró en la forma de afrontar los problemas, la indecisión y la responsabilidad en los hospitales. Su estudio para examinar la administración de calidad y los esfuerzos de rediseño en hospitales y la interrelación entre centros hospitalarios y agencias en torno a la responsabilidad se tradujo en un libro, *The Elusive Quest* (Wiener, 2000). En este libro, Wiener describió el deficiente ajuste de las técnicas de mejora de la calidad tomadas de la industria corporativa en un centro hospitalario en el cual profesionales de diversas disciplinas proporcionan cuidados altamente sofisticados a pacientes cuyas biografías individuales desafían toda categorización y cuyo curso de enfermedad es idiosincrásico. Wiener cuestionó el concepto de que el rendimiento hospitalario puede, o debe, medirse cuantitativamente. Toda la obra de Wiener se sustenta en su experiencia metodológica y en su perspectiva sociológica.

Marylin J. Dodd

Marylin J. Dodd nació en 1946 en Vancouver (Canadá). Obtuvo el diploma de enfermera tras estudiar en el Hospital General de Vancouver, en la Columbia Británica (Canadá). Continuó su educación y obtuvo la licenciatura y un máster en Enfermería en la University of en 1971 y 1973, respectivamente. Dodd trabajó como profesora de Enfermería en la University of Washington tras completar su máster. En 1977, Dodd volvió a la universidad y completó su doctorado en Enfermería por la Wayne State University. Después aceptó la plaza de profesora ayudante en la UCSF. Durante su estancia allí, Dodd ha llegado a ejercer como profesora a tiempo completo y como directora del Center for Symptom Management de la UCSF. En 2003 fue galardonada con el Sharon A. Lamb Endowed Chair en Control de Síntomas en la Escuela de Enfermería, UCSF. La Dra. Dodd es actualmente profesora emérita en la Facultad de Enfermería de la UCSF.

Su ejemplar programa de investigación se basa en la enfermería oncológica, específicamente en los autocuidados y en el control de los síntomas. Los extraordinarios registros de Dodd de

investigación subvencionada proporcionan evidencias de la superioridad y del significado de su trabajo. Con gran habilidad, ha combinado modestos fondos internos y externos con 23 años de financiación continua de los National Institutes of Health para avanzar en su investigación. Su trayectoria investigadora ha avanzado impecablemente conforme ha utilizado de forma progresiva los estudios descriptivos y los estudios de intervención, a través de metodologías de ensayos clínicos aleatorios para extender la comprensión de los fenómenos complejos en el cuidado del cáncer.

La investigación de Dodd se diseñó para comprobar las intervenciones de autocuidado (Programa PRO-SELF) en el manejo de los efectos secundarios del tratamiento de los pacientes con cáncer (mucositis) y los síntomas del cáncer (astenia, dolor). Esta investigación, titulada «PRO-SELF: Pain Control Program—An Effective Approach for Cancer Pain Management», se publicó en el *Oncology Nursing Forum* (West et al., 2003). Dodd enseñaba la especialidad de enfermería oncológica. En 2002 creó dos nuevos cursos («Biomarkers I and II») desarrollados por el Center for Symptom Management Faculty Group.

La ilustre carrera de Dodd ha merecido varios galardones prestigiosos. Entre dichos honores, fue reconocida como miembro de la American Academy of Nursing (1986). Su continua excelencia y sus significativas contribuciones a la enfermería oncológica se evidencian por haber sido galardonada con los Premios Schering Excellence in Research de la Oncology Nursing Society (1993, 1996), Best Original Research Paper en *Cancer Nursing* (1994, 1996), Distinguished Researcher Career de la Oncology Nursing Society Bristol-Myers (1997) y Chiron Excellence of Scholarship and Consistency of Contribution to the Oncology Nursing Literature Career de la Oncology Nursing Society (2000). En 2005, Dodd recibió el prestigioso Premio Episteme Laureate (el Premio Nobel de Enfermería) de la Sigma Theta Tau International. Esta impresionante lista de premios, que no es exhaustiva, proporciona una medida de la magnitud del respeto profesional y de la admiración que Dodd despertó a lo largo de su carrera.

Los logros de Dodd en la expansión de su investigación también han sido memorables. Su volumen de publicaciones originales

comenzó en 1975. A principios de los años ochenta había publicado múltiples artículos cada año y su ritmo se ha ido acelerando. Ha sido autora o coautora de más de 130 artículos de revistas revisadas por expertos basadas en datos, siete libros y numerosos capítulos de libros, editoriales, conferencias y artículos de revisión (1978, 1987, 1988, 1991, 1997, 2001, 2004). Sus presentaciones en reuniones científicas por todo el mundo han acentuado su trabajo. Dodd ha sido conferenciante invitada en Norteamérica, Australia, Asia y Europa.

Su servicio en la universidad, en la Facultad de Enfermería, en el Departamento de Enfermería Fisiológica y en numerosas organizaciones públicas y profesionales, así como sus revisiones en revistas aumentan su impresionante registro de servicio a la profesión enfermera. En 2015 Dodd fue nombrada leyenda viva por la American Academy of Nursing. Con esta breve revisión de su admirable trayectoria, está claro que Dodd es un ejemplo de excelencia en la carrera de enfermería.

Fuentes teóricas

Aunque el enfrentamiento con la enfermedad ha sido de interés para los científicos sociales y para las enfermeras desde hace décadas, Wiener y Dodd explican claramente que las suposiciones teóricas anteriormente implícitas tienen una utilidad limitada en este tipo de trabajo (Wiener y Dodd, 1993, 2000). El hecho de estar enfermo representa una alteración de la vida normal. Dicha alteración afecta a todos los aspectos de la vida, incluidos el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y la concepción de uno mismo. Enfrentarse a ello es la respuesta a esta alteración. Puesto que los procesos que rodean la aparición de la enfermedad tienen lugar en el contexto de la vida, las respuestas de afrontamiento están situadas, de forma inherente, en las interacciones sociológicas con los otros y en los procesos biográficos de uno mismo. El afrontamiento con frecuencia se describe como un compendio de estrategias utilizadas para manejar la alteración, tratar de aislar respuestas específicas a un acontecimiento que se vive con la complejidad del contexto vital, o asignar etiquetas de valor (p. ej., bueno o malo) a los comportamientos de respuesta que

se describen colectivamente como afrontamiento al problema. No obstante, la compleja interrelación entre la disrupción fisiológica, las interacciones con los otros y la construcción de las concepciones biográficas de uno mismo garantiza una perspectiva de afrontamiento más sofisticada.

La teoría de la trayectoria de la enfermedad* estudia todas estas trampas teóricas al enmarcar este fenómeno dentro de una perspectiva sociológica que hace hincapié en la experiencia de la alteración en relación con la enfermedad, dentro de los contextos cambiantes de los procesos interaccionales y sociológicos que, finalmente, influyen en la respuesta de la persona a dicha alteración. Este abordaje teórico define la contribución de esta teoría a la enfermería: afrontar no es un fenómeno simple de estímulo-respuesta que se pueda aislar del complejo contexto de la vida. Debido a que la vida se centra en el cuerpo vivo, la alteración fisiológica de la enfermedad permite que otros contextos vitales creen una nueva forma de ser, un nuevo sentido de uno mismo. Las respuestas a estas alteraciones producidas por la enfermedad están entretejidas en varios contextos que se encuentran en la vida de uno y en las interacciones con otros participantes en estas situaciones de la vida.

Dentro de este marco sociológico, Wiener y Dodd establecieron una serie de preocupaciones en lo que respecta a la sobreatribución conceptual del papel de la incertidumbre en el marco de las respuestas de comprensión para vivir con la alteración de la enfermedad (Wiener y Dodd, 1993). Un viejo proverbio dice que nada en la vida es seguro, salvo la muerte y los impuestos. La vida está llena de incertidumbre, de forma que la enfermedad (especialmente la crónica) agrava esa incertidumbre de varias formas. Tener una enfermedad crónica aumenta la incertidumbre de vivir para quienes están afectados (es decir, por la enfermedad) en su capacidad de responder a estas incertidumbres. Por tanto, aunque el concepto de incertidumbre proporciona un punto de vista teóricamente útil para la comprensión de la trayectoria de la enfermedad, no se puede posicionar teóricamente de forma que ensombrezca conceptualmente el contexto dinámico de la vida con una enfermedad crónica.

En otras palabras, la trayectoria de la enfermedad es conducida

por la experiencia de la enfermedad vivida en contextos que son inherentemente inciertos y que implican tanto a uno mismo como a otros. El flujo dinámico de los contextos de la vida (tanto biográfico como sociológico) crea un flujo dinámico de incertidumbres que toman distintas formas, significados y combinaciones cuando se vive con una enfermedad crónica. Por tanto, la tolerancia de la incertidumbre es una parte teórica crítica en la trayectoria de la teoría de la enfermedad.

Principales conceptos y definiciones

La vida está situada en un contexto biográfico. Las concepciones de uno mismo tienen sus raíces en el cuerpo físico y se formulan de acuerdo con la capacidad percibida para llevar a cabo actividades normales o esperadas para lograr los objetivos de roles variados. Las interacciones con otros tienen una influencia importante en el establecimiento de la concepción de uno mismo. Como se representan distintos papeles de comportamiento, la persona controla las reacciones de otros y el sentido de uno mismo en un proceso integrado de significado establecido. La identidad, la temporalidad y el cuerpo son elementos fundamentales en el contexto biográfico:

- **Identidad:** la concepción de uno mismo en un momento determinado, que unifica múltiples aspectos de uno mismo y se sitúa en el cuerpo.
- **Temporalidad:** el momento biográfico reflejado en el flujo continuo de los acontecimientos del curso de la vida; las percepciones del pasado, presente y posiblemente del futuro se entremezclan en la concepción de uno mismo.
- **Cuerpo:** las actividades de la vida y las percepciones derivadas se basan en el cuerpo.

La enfermedad, especialmente el cáncer, altera la percepción habitual o de cada día de uno mismo, y está compuesta por acciones percibidas y por reacciones de otros en un contexto sociológico de la vida. La alteración produce una permeabilidad de

los elementos interdependientes de la biografía: identidad, temporalidad y cuerpo. La alteración del sentido del desequilibrio está marcada por el sentimiento de pérdida de control, dando lugar a situaciones de incertidumbre.

Conforme se desdobla continuamente el contexto vital, las dimensiones de la incertidumbre se manifiestan no solo en las secuencias lineales de los estadios o las fases, sino también en una mezcla perturbadora de percepciones de incertidumbre, temporalidad incierta e identidad incierta. La experiencia de la enfermedad siempre se sitúa en el contexto biográfico –es decir, la enfermedad se experimenta como un flujo continuo de vida–. El dominio de la incertidumbre relacionada con la enfermedad varía a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (tabla 30.1) a través de un flujo dinámico de las percepciones de uno mismo y de las interacciones con otros.

Tabla 30.1

Trayectoria de la enfermedad: estados de incertidumbre

Dominio	Fuentes de incertidumbre	Dimensiones de la incertidumbre
INCERTIDUMBRE TEMPORAL Interrupción de las expectativas que dan por supuesto el flujo de los acontecimientos de la vida Disfunción temporal en la biografía INCERTIDUMBRE DEL CUERPO Cambios debidos a la enfermedad y al tratamiento, que se centran en la capacidad de uno para llevar a cabo las actividades normales, incluyendo el cuidado del aspecto, las funciones fisiológicas y la respuesta al tratamiento INCERTIDUMBRE DE IDENTIDAD La interpretación de uno mismo está distorsionada conforme el cuerpo no es capaz de comportarse de la forma habitual y las expectativas relacionadas con el flujo de los	La vida se percibe como en un constante estado de flujo relacionado con la enfermedad y con el tratamientoEl propio pasado se ve de forma diferente (p. ej., forma en la que solía ser) Las expectativas del yo presente están distorsionadas por la enfermedad y el tratamiento La anticipación del propio futuro está alteradaLa confianza en el cuerpo se ve alterada (fallo del cuerpo)La concepción del cuerpo anterior (la forma en la que solía ser) se mezcla con el estado alterado del cuerpo en el momento actual y con el cambio de expectativas de cómo el cuerpo puede afrontar el futuroEl fallo del cuerpo y la dificultad para leer el nuevo cuerpo trastornan la concepción anterior del cuerpo La temporalidad sesgada altera el curso esperado de la vida	La pérdida de predicción temporal conlleva a las siguientes preocupaciones: • *Duración:* cuánto tiempo • *Ritmo:* con qué rapidez • *Frecuencia:* con qué frecuencia se altera la experiencia del tiempo (es decir, su extensión, su obligación o su falta de limitación) Ambigüedad en la lectura de los signos del

acontecimientos (temporalidad) están alteradas por la enfermedad y por el tratamiento		cuerpo. Preocupa lo siguiente: • Qué se le está haciendo al cuerpo • Poner en peligro la resistencia del cuerpo • Eficacia y riesgos del tratamiento • Recidiva de la enfermedad Se altera el curso esperado de la vida Las evidencias extraídas de la lectura del cuerpo no son interpretables dentro del marco habitual de la comprensión La esperanza se mantiene a pesar de las circunstancias cambiantes

Las actividades de la vida y las de la vida con una enfermedad son formas de trabajo. La esfera de trabajo incluye a la persona y a las personas con las que ella interactúa, incluidas la familia y el personal sanitario. Esta red de participantes se denomina **organización total.** La persona enferma (o paciente) es el trabajador central; sin embargo, el trabajo se lleva a cabo dentro y está influido por la organización total. Los tipos de trabajo se organizan alrededor de las siguientes cuatro líneas de trayectoria de trabajo llevadas a cabo por el paciente y sus familiares:

1. Trabajo relacionado con la enfermedad: diagnóstico, control de síntomas, régimen de cuidados y prevención de crisis.
2. Trabajo diario: actividades de la vida diaria, tareas domésticas, mantener la ocupación, mantener las relaciones y entretenerse.
3. Trabajo biográfico: intercambio de información, expresiones

emocionales y división de tareas mediante las interacciones con la organización total.

4. Trabajo de reducción de la incertidumbre: actividades encaminadas a disminuir el impacto de la incertidumbre temporal, del cuerpo y de la identidad.

El equilibrio entre estos tipos de trabajo es dinámico, y fluctúa a lo largo del tiempo, las situaciones, las percepciones y la variación de los participantes en la organización total para lograr algún sentido de equilibrio (es decir, control). Esta interrelación entre los tipos de trabajo crea una tensión que está marcada por los cambios en el dominio de los tipos de trabajo a lo largo de la trayectoria. Es necesario recordar, no obstante, que el contexto biográfico tiene sus raíces en el cuerpo. Conforme el cuerpo cambia a lo largo del curso de la enfermedad y el tratamiento, la capacidad de llevar a cabo determinados tipos de trabajo y, finalmente, la propia identidad se transforman.

Una contribución fundamental a este tipo de trabajo fue la delimitación de los tipos de trabajo de reducción de la incertidumbre (tabla 30.2). Estas actividades se hicieron para disminuir el efecto de los distintos estados de incertidumbre inducidos por una quimioterapia. Estas estrategias eran muy dinámicas, y las respuestas se generaban en combinaciones variadas y en configuraciones a lo largo de la trayectoria de la enfermedad para los diferentes participantes en la organización. Lo representado en estas estrategias afectaba a la concepción de uno mismo y a la monitorización de las respuestas de otros ante la estrategia de cómo intentar manejar la vida con la enfermedad.

Tabla 30.2

Trabajo de disminución de la incertidumbre

Tipo de actividad	Manifestaciones del comportamiento
Ritmo	Descansar o cambiar las actividades habituales
Convertirse en pacientes «profesionales»	Usar terminología relacionada con la enfermedad y con el tratamiento Dirigir los cuidados Equilibrar la experiencia con la supermedicalización
Búsqueda de comparaciones de refuerzo	Compararse uno mismo con otras personas que están en una situación peor, para reafirmarse en que no es tan malo como podría ser

Implicarse en revisiones	Volver la vista atrás para reinterpretar los síntomas emergentes y las interacciones con otros en la organización
Buscar objetivos	Mirar hacia el futuro para lograr las actividades deseadas
Cobertura	Enmascarar los signos de la enfermedad o las emociones relacionadas Darse ánimos para evitar los estigmas o proteger a los otros
Encontrar un sitio seguro en el que confiar	Establecer un lugar donde, o gente con la que, expresar los verdaderos sentimientos y emociones en una atmósfera de apoyo
Elegir una red de apoyo	Compartir selectivamente con algunas personas que se consideran apoyos positivos
Tomar las riendas	Reivindicar el derecho a determinar el curso del tratamiento

Uso de datos empíricos

La teoría de la trayectoria de la enfermedad se amplió mediante un análisis secundario de los datos cualitativos recogidos durante un estudio longitudinal prospectivo que examinó a familias que se enfrentan al autocuidado durante 6 meses de tratamiento con quimioterapia. La muestra para el estudio más grande incluyó a 100 pacientes y a sus familias. Todos los pacientes habían sido diagnosticados de cáncer (incluido de mama, de pulmón, colorrectal, ginecológico o linfoma) y estaban en proceso de recibir quimioterapia para el tratamiento inicial de la enfermedad, o por una recidiva. Los sujetos del estudio designaron por lo menos a un miembro de la familia que deseaba participar en el estudio.

Aunque se usaron métodos tanto cuantitativos como cualitativos en la recogida de los datos para un estudio mayor, esta teoría se derivó del análisis de los datos cualitativos. Las entrevistas se estructuraron alrededor de la lucha de la familia y se llevaron a cabo en tres momentos durante el tratamiento con quimioterapia. Se pidió a los pacientes y a los miembros de su familia que recordaran los meses previos y discutieran el problema o desafío más importante con el que habían tenido que tratar, el grado de desasosiego producido por el problema dentro de la familia y su satisfacción en el control de la preocupación.

La atención meticulosa se tradujo en la coherencia de los datos: los miembros de la familia fueron constantes y estaban presentes en cada entrevista, la entrevista estaba estructurada y la misma enfermera entrevistadora llevaba a cabo la recogida de datos para una determinada familia. El rigor metodológico aumentó porque se

grababa la entrevista, se hacía una transcripción verbal y se tenía un registro de enfermería presente en cada entrevista para anotar frases clave en el progreso de la entrevista. Los datos resultantes consistieron en 300 entrevistas (tres entrevistas por cada 100 unidades paciente-familia) que se consiguieron en varios momentos en el curso del tratamiento quimioterápico del cáncer.

Conforme se analizaron datos de estudios más extensos, Dodd (investigadora principal) observó que los datos de la entrevista cualitativa tenían elementos significativos que podían ofrecer más información del estudio. Wiener, una teórica fundamentada que había colaborado con Strauss, uno de los fundadores del método, fue reclutada posteriormente para llevar a cabo análisis secundarios de los datos de las entrevistas. Se debería tener en cuenta que los métodos de la teoría fundamentada implican por lo general un proceso concurrente, reiterativo, de recogida y de análisis de datos (Glaser, 1978; Glaser y Strauss, 1965). Cuando se identificaron las percepciones teóricas, las muestras y las fuentes de recogida de datos, consecuentemente se dibujaron y desarrollaron datos teóricos emergentes, conceptos, dimensiones, variaciones y casos negativos. Sin embargo, en este proyecto, los datos se recogieron previamente usando una guía de entrevista estructurada; esto fue un análisis secundario de un grupo de datos ya establecido.

La experiencia de Wiener en los métodos de la teoría fundamentada permitió que se adaptaran los métodos de esta teoría para la aplicación de los datos secundarios que se vio que era satisfactoria. En esencia, los principios del análisis subyacente (es decir, paradigma de afrontamiento) se aplicaron al grupo de datos ya existentes. La investigación analítica procedió de forma inductiva para mostrar el centro del proceso sociofisiológico alrededor del que se explica la teoría: tolerancia de la incertidumbre de vivir con cáncer. Las dimensiones de la incertidumbre, los procesos del control y las consecuencias se explicaron mejor para mostrar una coherencia interna de la perspectiva teórica de la trayectoria de la enfermedad.

Cuando se considera el uso de los métodos adaptados de la teoría fundamentada para analizar los indicios empíricos preexistentes, varias revelaciones apoyan la integridad de este trabajo. En primer lugar, Wiener estaba bien preparada para avanzar en nuevas

aplicaciones del método, por su preparación y por su experiencia como experta en la teoría fundamentada. La credibilidad metodológica de esta investigadora apoya la extensión de su método de investigación tradicional a una nueva aplicación dentro de su perspectiva disciplinaria (sociología). Además, es importante recordar el tamaño de la muestra: 100 pacientes y sus familias fueron entrevistados tres veces cada uno, con un total de 300 entrevistas. Esto es un gran número de datos para una investigación cualitativa. Oberst (1993) señaló que, dado ese volumen de datos, se debería permitir a los investigadores alguna licencia sobre la muestra teórica (dentro del grupo completo de datos). Pero el tamaño absoluto de la muestra no cuenta toda la historia.

El intervalo relativamente amplio de tipos de cáncer (desde ginecológicos a cáncer de pulmón) que sufrían los pacientes y la recogida de datos tanto de pacientes con quimioterapia para el tratamiento inicial como de quimioterapia en recidiva contribuyeron significativamente a la variación de los datos. Estas estrategias de muestreo contribuyeron finalmente a establecer una muestra apropiada, especialmente para mostrar una perspectiva de la trayectoria de cambio a lo largo del tiempo. Por último, a pesar del formato estructurado de la entrevista, es importante destacar que los pacientes y las familias dialogaban sobre los acontecimientos de los meses previos en forma de «tormenta de ideas» (Wiener y Dodd, 1993, pág. 18). Esta técnica permitiría a las personas introducir casi cualquier tema que les preocupara (independientemente de la estructura posterior de la entrevista). La grabación y la transcripción de estos diálogos contribuyeron a la variación y la adecuación del grupo de datos resultante. Dadas estas revelaciones, se puede concluir que los datos empíricos durante el estudio más largo proporcionaron unos datos adecuados y apropiados para el análisis secundario usando los métodos adaptados con destreza de la teoría fundamentada.

Principales premisas

La *persona* es el centro de esta teoría de nivel medio. Las teorías de nivel medio abordan uno o más de los conceptos paradigmáticos (enfermería, persona, salud y entorno), y por tanto algunos de ellos

no se consideran explícitamente. Sin embargo, la siguiente exposición de las premisas teóricas arroja cierta luz sobre una interpretación teórica de estos conceptos. La teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd explica las principales premisas que reflejan su derivación dentro de una perspectiva sociológica (Wiener y Dodd, 1993). Un examen más exhaustivo de cada supuesto muestra que varias premisas básicas relacionadas están sustentando esta teoría.

La teoría de trayectoria de la enfermedad engloba no solo los componentes físicos de la enfermedad, sino también «la organización total del trabajo hecho a lo largo del curso de la enfermedad» (Wiener y Dodd, 1993, pág. 20). Una trayectoria de la enfermedad es teóricamente distinta del curso de la enfermedad. En esta teoría, la trayectoria de la enfermedad no se limita a la persona que sufre la enfermedad. Más bien, la organización total está formada por la persona enferma, la familia y los profesionales sanitarios que la atienden.

Además, el uso del término *trabajo* es importante. «Los distintos participantes en la organización tienen distintos tipos de trabajo; sin embargo, el paciente es el "trabajador central" en la trayectoria de la enfermedad» (Wiener y Dodd, 1993, pág. 20). La declaración refuerza la afirmación encontrada en la bibliografía sobre la trayectoria de la enfermedad (Fagerhaugh et al., 1987; Strauss et al., 1984). El trabajo de vivir con una enfermedad da lugar a determinadas consecuencias que impregnan la vida de las personas implicadas. A su vez, las consecuencias y las consecuencias recíprocas se extienden por la organización, implicando a toda la organización con el trabajador central (es decir, el paciente) a través de la trayectoria de su vida con la enfermedad. La relación entre los trabajadores en la trayectoria es un atributo que «afecta tanto al control del curso de la enfermedad, como al destino de la persona que está enferma» (Wiener y Dodd, 1993, pág. 20).

Fundamentos teóricos

El contexto para el trabajo y las relaciones sociales que afectan al trabajo de vivir con la enfermedad en la teoría de la trayectoria de la enfermedad se basa en la influencia del trabajo de Corbin y

Strauss (1988). Como trabajador central, las acciones se llevan a cabo por la persona que controla el efecto de vivir con la enfermedad dentro de un abanico de contextos, incluido el biográfico (concepción de uno mismo) y el sociológico (interacciones con los demás). Desde esta perspectiva, el control de las alteraciones (o el enfrentarse con la incertidumbre) implica interacciones del paciente con varios participantes en la organización, así como unas condiciones sociológicas externas. Dada la complejidad de dichas interacciones a lo largo de múltiples contextos y con numerosos participantes a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, el afrontamiento es un proceso muy variable y dinámico.

Originalmente, se anticipó que la trayectoria de la vida con cáncer tenía fases o estadios discernibles que se podrían identificar por cambios importantes en los problemas, desafíos o actividades descritas. Esto fue la base para la recogida de datos cualitativos en tres puntos durante el tratamiento con quimioterapia. De hecho, la hipótesis se rechazó; el estado físico del paciente con cáncer y las consecuencias sociopsicológicas de la enfermedad y del tratamiento fueron los temas centrales en todos los momentos de medición a lo largo de la trayectoria.

Los autores equipararon conceptualmente la incertidumbre con la pérdida de control, describiéndola como «el aspecto más problemático de la vida con cáncer» (Wiener y Dodd, 1993, pág. 18). Esta afirmación teórica se refleja, además, en la identificación del centro del proceso sociopsicológico de la vida con cáncer, «tolerando la incertidumbre que impregna la enfermedad» (pág. 19). Los factores que influían en el grado de incertidumbre expresada por el paciente y por su familia se basaban en el marco teórico de toda la organización y de las condiciones sociológicas externas, incluyendo la naturaleza del apoyo familiar, los recursos económicos y la calidad de la asistencia de los proveedores sanitarios.

Planteamiento lógico

El planteamiento lógico primario era la teoría fundamentada y el razonamiento inductivo. La lectura analítica de las entrevistas

proporcionó una comprensión más profunda que condujo a la interpretación del proceso central que unifica los enunciados teóricos: tolerar la incertidumbre. Se aplicaron procesos sistemáticos de codificación para definir las dimensiones de la incertidumbre y se utilizaron procesos de administración para abordar la enfermedad. A continuación se examinaron los hallazgos para ajustarlos dentro de los escritos teóricos existentes con el fin de extender la comprensión de la trayectoria de la enfermedad. La teoría resultante obtenida cualitativamente se basaba en las experiencias referidas de los participantes y se integró con las trayectorias del conocimiento de la enfermedad para hacer avanzar la ciencia.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La teoría de la trayectoria de la enfermedad proporciona un marco organizador para que los profesionales de enfermería comprendan cómo toleran los pacientes con cáncer la incertidumbre manifestada como una pérdida de control. La identificación de los tipos de incertidumbre es especialmente útil porque revela las estrategias que emplean comúnmente los pacientes de oncología en su intento por seguir adelante con su vida lo más normalmente posible tras la incertidumbre creada por un diagnóstico de cáncer. La conciencia sobre los temas de la incertidumbre y las estrategias de manejo relacionadas que afrontan los pacientes sometidos a quimioterapia ante la supervivencia y de los miembros de su familia tiene un efecto importante en el modo en que los profesionales de enfermería intervienen posteriormente con estos sistemas de pacientes afectados que trabajan con su enfermedad para «facilitar un curso de trayectoria menos problemático para algunos pacientes y sus familiares» (Wiener y Dodd, 1993, pág. 29). Un ejemplo es el proporcionado por Schlairet et al. (2010), que examinaron las necesidades de los supervivientes de cáncer de recibir cuidados en un centro comunitario de esta enfermedad mediante la utilización de la teoría de la trayectoria de la enfermedad como un marco

organizador. Concluyeron que los profesionales de enfermería deben ser conscientes de las necesidades específicas de los supervivientes de cáncer, de manera que sea posible desarrollar intervenciones para satisfacer sus necesidades (Schlairet, Heddon y Griffis, 2010).

Formación

Wiener y Dodd son educadoras muy respetadas que compartieron su trabajo continuo a través de conferencias internacionales, seminarios, consultorías, asesoramiento en tesis y organización de cursos. La incorporación de este trabajo en las presentaciones no solo hace avanzar el conocimiento relacionado con la utilidad de los modelos de la trayectoria de la enfermedad, sino que, quizá más importante, demuestra cómo dichos avances teóricos basados en datos contribuyen a un programa en desarrollo de investigación en el cuidado del cáncer (Dodd, 1997, 2001). La inclusión de la teoría en los textos de enfermería sobre investigación y teoría afecta a los investigadores en el trabajo y en la práctica de la enfermería (Wiener y Dodd, 2000).

Investigación

La teoría se ha citado en un número limitado de análisis de conceptos o de publicaciones de vanguardia sobre la incertidumbre (McCormick, 2002; Mishel, 1997; Parry, 2003; Penrod, 2007). Mishel (1997) ha reconocido la amplia focalización teórica mantenida a lo largo del abordaje cualitativo de la teoría de la derivación. Gran parte del trabajo para hacer frente a la enfermedad está obligatoriamente encuadrado por la aplicación del marco de Lazarus y de Folkman (1984) sobre la forma de afrontar, basada en los problemas y las emociones; sin embargo, el razonamiento inductivo produjo una teoría basada en datos que identificaban un amplio abanico de estrategias relacionadas con la tolerancia y la disminución de la incertidumbre (Mishel, 1997). La variación y el grupo de las estrategias de disminución identificadas en esta teoría son contribuciones únicas y significativas para el corpus de investigación en lo que respecta a hacer frente a la incertidumbre de la enfermedad. Christensen (2015) atribuye al trabajo de Wiener y

Dodd la definición de la trayectoria y especificación de los objetivos del tratamiento durante la trayectoria de cambio de salud.

Evolución

En un artículo temprano como respuesta a la publicación original, Oberst (1993) se muestra en desacuerdo con la delimitación del concepto de incertidumbre para la pérdida de control. Esta crítica encontró un eco en McCormick (2002), que situó teóricamente la pérdida de control en el ciclo de incertidumbre más que como una manifestación de un estado de incertidumbre. En sus trabajos sobre los cuidados en la fase final de la vida, McGhan et al. (2013) y Penrod et al. (2012, 2012a, 2011) han postulado que es deseable reducir al mínimo la incertidumbre mediante un refuerzo de la confianza y el control para los pacientes y los familiares que los cuidan en su transición a lo largo de la trayectoria de la última fase vital. Es necesario realizar más investigaciones en el concepto de control para aclarar las fronteras conceptuales y los vínculos con la incertidumbre a lo largo de la trayectoria de la enfermedad.

Otros investigadores han criticado la afirmación implícita de que la incertidumbre (o pérdida de control) es siempre un hecho negativo que requiere alguna forma de disminución (Oberst, 1993; Parry, 2003). Oberst (1993) sugiere que son necesarias más investigaciones para diferenciar el trabajo relacionado con la tolerancia a la incertidumbre y con la disminución del trabajo, para mostrar cómo las estrategias eficaces en cada tipo de trabajo afectan al sentido de la incertidumbre a lo largo de la trayectoria. Parry (2003) estudió a los supervivientes de cáncer en la infancia y mostró que, aunque determinados estados pueden ser un factor de estrés problemático para algunos, un tema más general de aceptación de la incertidumbre es el que se deriva hacia el crecimiento o transformación que era evidente en estos supervivientes.

Penrod (2007) clarificó el concepto de incertidumbre con una investigación fenomenológica que desarrolló este concepto e identificó diferentes tipos de incertidumbre. La experiencia de vivir con incertidumbre era dinámica, con cambios en sus tipos y modos. Los diversos tipos de incertidumbre fueron guiados por los principios de confianza y un sentido de control.

Estas indagaciones muestran un corpus de investigación en evolución relacionado con la incertidumbre, el control y la trayectoria de la enfermedad. En lugar de asumir que la incertidumbre es un aspecto negativo de la vida, los investigadores deben mantenerse abiertos a todos los resultados transformacionales de vivir con la incertidumbre. La recomendación original de Wiener y Dodd sigue siendo interesante para ampliar el alcance del marco organizador de la trayectoria de la enfermedad (Wiener y Dodd, 1993). El marco teórico de la trayectoria de la enfermedad es útil especialmente para comprender las variaciones en la incertidumbre y el control y para obtener una perspectiva más completa de la experiencia humana con cáncer y otras dolencias en las que la importancia de la incertidumbre y el control puede cambiar. El concepto de resiliencia (es decir, crecerse ante la adversidad) parece un área de investigación importante para aumentar los conocimientos sobre la transformación positiva en trayectorias amenazadas por la incertidumbre.

Crítica

Claridad

Una preocupación acerca de la claridad en la teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd es la delimitación del concepto de incertidumbre a la pérdida de control. Esta perspectiva conceptual limitada de la incertidumbre se explica claramente en el trabajo; por tanto, este tema no crea un defecto significativo en el trabajo. La teoría está claramente dibujada, así como sustentada sobre trabajos previos en las trayectorias de la enfermedad. La claridad de las proposiciones se logra a través de la presentación lógica en las relaciones y en los vínculos entre los conceptos. La derivación conceptual en el control de la enfermedad como trabajo está bien desarrollada, y proporciona unas interpretaciones únicas del significado de vivir con quimioterapia durante el tratamiento del cáncer. La aplicación del modelo de trayectoria se usa de forma consistente para demostrar las fluctuaciones dinámicas del afrontamiento, no en los estadios o fases claramente delimitadas, sino en contextos específicos de situaciones del trabajo en el control

de la enfermedad.

Sencillez

Esta teoría compleja se interpreta de una forma muy accesible. La teoría de la trayectoria de la enfermedad adopta un marco sociológico que se aplica al fenómeno que concierne a la enfermería: el tratamiento quimioterápico de los pacientes con cáncer y sus familias. El sentido de la comprensión impartido por la teoría es muy relevante para la práctica de la enfermería oncológica. La teoría presenta una interpretación elocuente y parsimoniosa de la complejidad del trabajo con el cáncer mediante la utilización de conceptos clave con definición adecuada; sin embargo, sería muy provechosa la revisión de los estudios anteriores publicados para comprender plenamente los enunciados teóricos.

Generalidad

Los autores han limitado el campo de esta teoría a pacientes y familias que avanzan a lo largo de la quimioterapia para el tratamiento inicial del cáncer o de sus recidivas. La teoría de la trayectoria de la enfermedad está bien definida en este contexto. La integración de esta teoría de nivel medio con otros trabajos de trayectorias de la enfermedad y con la teoría de la incertidumbre indica que existe un encaje emergente con otros modelos de trayectorias de la enfermedad y de la incertidumbre. Un mayor desarrollo del trabajo de construcción de la teoría puede originar un ámbito más extenso que podría permitir la aplicación de estas propuestas teóricas en otros contextos de las trayectorias de la enfermedad.

Accesibilidad

Los métodos de la teoría fundamentada se apoyan en la dominancia del razonamiento inductivo –es decir, el dibujo de abstracciones o de generalidades a partir de situaciones específicas–. Por ello, la teoría derivada tiene sus raíces en experiencias expresadas en cientos de entrevistas con pacientes con cáncer y con sus familias. La integración de la evidencia basada en datos (p. ej., citas) en la

descripción formal de la teoría apoya los vínculos entre las abstracciones teóricas y las observaciones empíricas. Los datos empíricos se presentan de una forma lógica y coherente que hace verdaderas las experiencias clínicas. Por ello, la teoría es útil para los clínicos y promete una mayor aplicación en investigación.

Importancia

La importancia de las contribuciones teóricas realizadas por esta obra, especialmente los tipos de trabajo y las estrategias de moderación de la incertidumbre durante la quimioterapia, ha quedado establecida. La utilidad de la teoría es evidente en el tratamiento del cáncer, y el desarrollo teórico adicional promete poder generalizarse a otros contextos dentro de los cuidados del cáncer y otras trayectorias de enfermedad. Además, la evidencia limitada de consecuencias derivadas directamente relacionadas con la aplicación de la teoría de la trayectoria de la enfermedad en estudios basados en la práctica en enfermería sigue siendo problemática. La aplicabilidad de esta teoría a fenómenos concernientes a la enfermería se ha establecido porque se han centrado en la quimioterapia contra el cáncer. La posible utilidad para guiar la práctica de enfermería se demuestra en la integración de la teoría en el programa ejemplar de Dodd de investigación sobre los cuidados del cáncer (Dodd, 2001, 2004; Dodd y Miaskowski, 2000; Jansen et al., 2007; Miaskowski, Dodd y Lee, 2004).

Resumen

La teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd es a la vez compleja y elocuentemente simple. La perspectiva sociológica de definir el trabajo de controlar la enfermedad es especialmente relevante para el contexto del cuidado del cáncer. La teoría proporciona nuevos conocimientos sobre cómo los pacientes y sus familias toleran la incertidumbre y trabajan estratégicamente para disminuirla a través de un flujo dinámico de los acontecimientos de la enfermedad, las situaciones del tratamiento y los diversos participantes implicados en la organización de los cuidados. La teoría es pragmática e importante para la enfermería.

Este trabajo ha merecido la atención y el empleo de la teoría para las aplicaciones prácticas que informan a los profesionales de enfermería cuando interpretan y facilitan los cuidados durante la enfermedad.

Caso clínico

El señor Miller tiene 67 años y padece un cáncer metastásico. Su primera cuidadora es la señora Miller, su esposa. Al inicio del tratamiento en el hospital de día, la pareja centró sus preguntas en el curso de la enfermedad, las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios de las distintas opciones de tratamiento. Estaban orgullosos de su capacidad de mantener una «vida normal», dado que el señor Miller continuó trabajando durante el agresivo tratamiento, descansando solo cuando las molestias del tratamiento eran tan debilitantes que le era físicamente imposible ir a la oficina. El señor y la señora Miller expresaron pocas emociones a lo largo del curso del tratamiento; con frecuencia alababan ambos la fuerza y fortaleza del otro. Durante visitas recientes, la señora Miller se ha centrado considerablemente en las pruebas de laboratorio y en los resultados de las pruebas, usando un lenguaje muy técnico. También se ha vuelto inflexible sobre cómo ciertos miembros del personal hacen determinadas tareas porque «ella lo hace mejor que nadie».

La teoría de la trayectoria de la enfermedad ayuda a los clínicos a interpretar estos comportamientos y a intervenir para facilitar las transiciones fáciles a lo largo de la trayectoria. Por ejemplo, los clínicos pueden identificar fácilmente a los pacientes y familias que se han convertido en «pacientes profesionales» cuando aprenden la compleja jerga técnica sobre su tratamiento, las pruebas de laboratorio o la enfermedad (Wiener y Dodd, 1993, pág. 988). Los cuidadores tienen tendencia a ver su comportamiento como un hecho positivo al asumir los propios cuidados y, por tanto, a menudo refuerzan dichos comportamientos.

Una consideración más profunda de las afirmaciones teóricas de la teoría de la trayectoria de la enfermedad revela que estas estrategias de comportamiento son esfuerzos para tolerar la incertidumbre de la experiencia de la enfermedad. La confianza

construida mediante estos comportamientos socialmente reforzados se puede convertir en culpa muy rápidamente cuando se complican las situaciones que van más allá del conocimiento de la familia o del paciente. Dada esta perspectiva, la limitación de la estrategia de control se hace clara y está indicada la intervención: si los pacientes y sus familias controlan los cuidados con eficacia, deben ser educados para hacer esto de forma proactiva (Dodd, 1997, 2001).

En la educación proactiva del sistema paciente-familia, deben considerarse los diversos dominios de la incertidumbre y las diversas formas del trabajo para reducir la incertidumbre. Para comprender la trayectoria del paciente-familia, la valoración de los datos es fundamental. Por ejemplo, aunque se dispone de protocolos bien desarrollados para el control y la forma de paliar los síntomas, dichos protocolos son inútiles para los pacientes y los cuidadores si no describen la extensión de los síntomas, porque se perciben como «molestos» y triviales en el marco de una enfermedad de riesgo vital. Agravando este tema, las enfermeras pueden caer en un patrón que se centre en el trabajo relacionado con la enfermedad, alejando por tanto su atención de otras formas de trabajo con estos pacientes y con sus familias. La comprensión de los distintos dominios de la incertidumbre y de las formas de trabajo para disminuir la incertidumbre facilita un diálogo más abierto en lo que respecta a áreas fundamentales de interés, permitiendo a la enfermera animar al paciente y a su cuidador para compartir más sus experiencias para ayudarles en estos momentos difíciles.

Actividades de pensamiento crítico

1. ¿En qué se diferencia una trayectoria de la enfermedad de un curso de la enfermedad? ¿Cómo se alinean las perspectivas con su idea de la enfermería?
2. Considerando su experiencia clínica, identifique ejemplos de cómo los pacientes y sus familias han experimentado la incertidumbre de la enfermedad. ¿Parece relacionada la incertidumbre con la pérdida de control?
3. Como clínico experto, está usted estrechamente implicado en

el trabajo de control de la enfermedad. A partir de su comprensión del trabajo de control de la enfermedad expuesto en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, ¿qué comportamientos de enfermería exacerban los sentimientos de pérdida de control o de incertidumbre del paciente?

4. ¿Qué factores (personales, ambientales u organizativos) contribuyeron a las conductas de enfermería observadas en la pregunta 3? En su práctica, ¿qué intervenciones de enfermería crean una trayectoria menos problemática para los pacientes y su familia en esas situaciones?

Referencias para ampliar conocimientos

- Dodd, M. J. (2001). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families* (4th ed.). San Francisco: UCSF School of Nursing.
- Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2000). The PRO-SELF program: A self-care intervention program for patients receiving cancer treatment. Seminars in Oncology, 16(4), 300–308.
- Jansen, C. E., Miaskowski, C. A., Dodd, M. J., & Dowling, G. A. (2007). A meta-analysis of the sensitivity of various neuropsychological tests used to detect chemotherapy-induced cognitive impairment in patients with breast cancer. Oncology Nursing Forum, 34(5), 997–1005.
- West, C. M., Dodd, M. J., Paul, S. M., et al. (2003). The PRO-SELF: Pain control program—An effective approach for cancer pain management. Oncology Nursing Forum, 30, 65–73.

Bibliografía

Christensen D. The health change trajectory model: An integrated model of health change. *Advanced Nursing Science*. 2015;38(1):55–67.

Corbin J, Strauss A. *Unending work and care*. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.

Dodd MJ. *Oncology nursing case studies*. New York: Medical Publication Co; 1978.

Dodd MJ. *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and nurses*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1987.

Dodd MJ. *Monograph of the advanced research session at the 13th Annual Oncology Nursing Society's Congress*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society; 1988.

Dodd MJ. *Managing the side effects of chemotherapy and radiation: A guide for patients and their families*. 2nd ed. Englewood, NJ: Prentice-Hall; 1991.

Dodd MJ. *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families*. 3rd ed. San Francisco: UCSF School of Nursing; 1997.

Dodd MJ. *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families*. 4th ed. San Francisco: UCSF School of Nursing; 2001.

Dodd M. The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(4 Suppl):5–11.

Dodd MJ, Miaskowski C. The PRO-SELF program: A self care intervention program for patients receiving cancer treatment. *Seminars in Oncology*. 2000;16(4):300–308.

Fagerhaugh S, Strauss A, Suczek B, Wiener C. *Hazards in hospital care: Ensuring patient safety*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

Glaser B. *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press; 1978.

Glaser B, Strauss A. *Awareness of dying*. Chicago: Aldine; 1965.

Jansen CE, Miaskowski CA, Dodd MJ, Dowling GA. A meta-analysis of the sensitivity of various neuropsychological tests used to detect chemotherapy-induced cognitive impairment in patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34(5):997–1005.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.

McCormick KM. A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002;34(2):127–131.

McGhan G, Loeb SJ, Baney B, Penrod J. End-of-life caregiving: Challenges, faced by older adult women. *Journal of Gerontological Nursing*. 2013;39(6):45–54.

Miaskowski C, Dodd M, Lee K. Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2004;32:17–21.

Mishel M. Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*. 1997;15:57–80.

Oberst MT. Response to "Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective.". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1993;7(1):33–35.

Parry C. Embracing uncertainty: An exploration of the experiences of childhood cancer survivors. *Qualitative Health Research*. 2003;13(1):227–246.

Penrod J. Living with uncertainty: Concept advancement. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(6):658–667.

Penrod J, Baney B, Loeb SJ, McGhan G, Shipley PZ. The influence of the culture of care on informal caregivers' experiences. *Advances in Nursing Science*. 2012;35(1):64–76.

Penrod J, Hupcey JE, Baney BL, Loeb SJ. End-of-life trajectories. *Clinical Nursing Research*. 2011;20(1):7–24.

Penrod J, Hupcey JE, Shipley PZ, Loeb SJ, Baney B. A model of caregiving through the end-of-life: Seeking normal. *Western Journal of Nursing Research*. 2012;34(2):174–192.

Schlairet M, Heddon MA, Griffis M. Piloting a needs assessment to guide development of a survivorship program for a community cancer center. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(4):501–508.

Strauss A, Corbin J, Fagerhaugh S, et al. *Chronic illness and the quality of life*. St Louis, MO: Mosby; 1984.

Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. *Social organization of medical work*. New Brunswick, NJ: Transaction Books; 1997.

West CM, Dodd MJ, Paul SM, et al. The PRO-SELF: Pain control program—An effective approach for cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*. 2003;30:65–73.

Wiener C. *The politics of alcoholism: Building an arena around a social problem*. New Brunswick, NJ: Transaction Books; 1981.

Wiener C. *The elusive quest: Accountability in hospitals*. New York: Aldine deGruyter; 2000.

Wiener C, Strauss A. *Where medicine fails*. 5th ed. New Brunswick, NJ: Transaction Books; 1997.

Wiener C, Wysmans WM. *Grounded theory in medical research: From theory to practice*. Amsterdam: Sivets and Zeitlinger; 1990.

Wiener CL, Dodd MJ. Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1993;7(1):17–31.

Wiener CL, Dodd MJ. Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. In: Hyman R, Corbin J, eds. *Chronic illness: Research and theory for nursing practice*. New York: Springer; 2000:180–201.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Dodd MJ. Self-care and patient/family teaching. In: Groenwald SL, Frogge MH, Goodman M, Yarbro CH, eds. *Cancer symptom management*. 2nd ed. Wilsonville, OR: Jones & Bartlett; 1999:20–29.

Dodd MJ, Miaskowski C. Symptom management, the PRO-SELF Program: A self-care intervention program. In: Given B, Given C, Champion V, eds. *Evidence-based behavioral interventions for cancer patients: State of the knowledge across the cancer care trajectory*. New York: Springer; 2003:218–241.

Artículos de revistas

Baggott C, Beale IL, Dodd MJ, Kato PM. A survey of self-care and dependent-care advice given by pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology*. 2004;21(4):214–222.

Chen L, Miaskowski C, Dodd M, Pantilat S. Concepts within the Chinese culture that influence the cancer pain experience. *Cancer Nursing*. 2008;31(2):103–108.

Cho MH, Dodd MJ, Lee KA, Padilla G, Slaughter R. Self-reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea. *Journal of Cancer Education*. 2006;21(1 Suppl):S37–S41.

Chou F, Dodd M, Abrams D, Padilla G. Symptoms, self-care, and quality of life of Chinese American patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34(6):1162–1167.

Dodd M. Cancer-related fatigue. *Cancer Investigation*. 2000;18(1):97.

Dodd MJ. Defining clinically meaningful outcomes in the evaluation of new treatments for oral mucositis: A commentary. *Cancer Investigation*. 2002;20(5–6):851–852.

Dodd MJ, Cho MH, Cooper B, Miaskowski C, Lee KA, Bank K. Advancing our knowledge of symptoms clusters. *Journal of Supportive Oncology*. 2005;3(6 Suppl 4):30–31.

Dodd MJ, Dibble S, Miaskowski C, et al. A comparison of the affective state and quality of life of chemotherapy patients who do and do not develop chemotherapy-induced oral mucositis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2001;21(6):498–505.

Dodd MJ, Dibble SL, Miaskowski C, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy-induced mucositis. *Journal of Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*. 2000;90(1):39–47.

Dodd MJ, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(5):668–676.

Dodd MJ, Miaskowski C. The PRO-SELF program: A self-care intervention program for patients receiving cancer treatment. *Seminars in Oncology*. 2000;16(4):300–308.

Dodd MJ, Miaskowski C, Dibble SL, et al. Factors influencing oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *Cancer Practice*. 2000;8(6):291–297.

Dodd MJ, Miaskowski C, Greenspan D, et al. Radiation-induced mucositis: A randomized clinical trial of micronized sucralfate versus salt & soda mouthwashes. *Cancer Investigation*. 2003;21(1):21–33.

Dodd MJ, Miaskowski C, Lee KA. Occurrence of symptom clusters. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2004;32:76–78.

Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2001;28(3):465–470.

Dodd MJ, Miaskowski C, Shiba GH, et al. Risk factors for chemotherapy-induced oral mucositis: Dental appliances, oral hygiene, previous oral lesions, and history of smoking. *Cancer Investigation*. 1999;17(4):278–284.

Edrington J, Miaskowski C, Dodd M, Wong C, Padilla G. A review of the literature on the pain experience of Chinese patients with cancer. *Cancer Nursing*. 2007;30(5):335–346.

Edrington JM, Paul S, Dodd M, et al. No evidence for sex differences in the severity and treatment of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2004;28(3):225–232.

Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Paul SM. The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: New thoughts for early detection. *Preventative Medicine*. 2002;34(4):397–407.

Fletcher BS, Dodd MJ, Schumacher KL, Miaskowski C. Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2008;35(2):E23–E44.

Fletcher BS, Paul SM, Dodd MJ, et al. Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2008;26(4):599–605.

Hilton JF, MacPhil LA, Pascasio L, et al. Self-care intervention to reduce oral candidiasis recurrence in HIV-seropositive persons: A pilot-study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004;32(3):190–200.

Hinds PS, Baggott C, DeSwarte-Wallace J, et al. Functional integration of nursing research into a pediatric oncology cooperative group: Finding common ground. *Oncology Nursing Forum*. 2003;30(6):E121–E126.

Jansen CE, Miaskowski C, Dodd M, Dowling G. Chemotherapy-induced cognitive impairment in women with breast cancer: A critique of the literature. *Oncology Nursing Forum*. 2005;32(2):329–342.

Jansen CE, Miaskowski C, Dodd M, Dowling G, Kramer J. A meta-analysis of studies of the effects of cancer chemotherapy on various domains of cognitive functioning. *Cancer*. 2005;104(10):2222–2233.

Jansen CE, Miaskowski C, Dodd M, Dowling G, Kramer J. Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. *Oncology Nursing Forum*. 2005;32(6):1151–1163.

Jansen CE, Miaskowski CA, Dodd MJ, Dowling GA. A meta-analysis of the sensitivity of various neuropsychological tests used to detect chemotherapy-induced cognitive impairment in patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34(5):997–1005.

Katapodi MC, Facione NC, Humphreys JC, Dodd MJ. Perceived breast cancer risk: Heuristic reasoning and search for a dominance structure. *Social Science and Medicine*. 2005;60(2):421–432.

Katapodi MC, Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Waters C. The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29(5):845–852.

Katapodi MC, Lee KA, Facione NC, Dodd MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived breast cancer screening: A meta-analytic review. *Preventative Medicine*. 2004;38(4):388–402.

Kim JE, Dodd M, West C, et al. The PRO-SELF pain control program improves patients' knowledge of cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(6):1137–1143.

Krasnoff JB, Vintro AQ, Ascher NL, Bass NM, Dodd MJ, Painter PL. Objective measures of health-related quality of life over 24 month post-liver transplantation. *Clinical Transplantation*. 2005;19(1):1–9.

Krasnoff JB, Vintro AQ, Ascher NL, et al. A randomized trial of exercise and dietary counseling after liver transplantation. *American Journal of Transplantation*. 2006;6:1896–1905.

Kris AE, Dodd MJ. Symptom experience of adult hospitalized medical-surgical patients. *Journal of Symptom Management*. 2004;28(5):451–459.

Lee K, Cho M, Miaskowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Medicine Reviews*. 2004;8(3):199–212.

Mandrell BN, Ruccione K, Dodd MJ, et al. Consensus statements. Applying the concept of self-care to pediatric oncology patients. *Seminars in Oncology Nursing*. 2000;16(4):315–316.

McLemore MR, Miaskowski C, Aouizerat BE, Chen LE, Dodd M. Rules of cell development and their application to biomarkers for ovarian cancer.

Oncology Nursing Forum. 2008;35(3):403–409.

Miaskowski C, Cooper BA, Paul SM, et al. Subgroups of patients with cancer with different symptoms experiences and quality-of-life outcomes: A cluster analysis. *Oncology Nursing Forum*. 2006;33(5):E79–E89.

Miaskowski C, Dodd M, Lee K. Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2004;32:17–21.

Miaskowski C, Dodd M, West C, et al. Lack of adherence with the analgesic regimen: A significant barrier to effective cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*. 2001;19(23):4275–4279.

Miaskowski C, Dodd M, West C, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*. 2004;22(90):1713–1720.

Miaskowski C, Dodd M, West C, et al. The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management. *Pain*. 2007;129:55–63.

Miaskowski C, Mack KA, Dodd M, et al. Oncology outpatients with pain from bone metastasis require more than around-the-clock dosing of analgesics to achieve adequate pain control. *The Journal of Pain*. 2002;3(1):12–20.

Molfenter T, Zetts C, Dodd M, Owens B, Ford J, Mccarty D. Reducing errors of omission in chronic disease management. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(5):521–523.

Schumacher KL, Koresawa S, West C, Dodd M, et al. The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29(9):1304–1313.

Schumacher KL, Koresawa S, West C, et al. Qualitative research contribution to a randomized clinical trial. *Research in Nursing & Health*. 2005;28:268–280.

Schumacher KL, Koresawa S, West C, Hawkins C, et al. Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002;23(5):369–382.

Schumacher KL, Stewart B, Archbold P, Dodd M, Dibble S. Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*. 2000;23:191–203.

Schumacher KL, West C, Dodd M, et al. Pain management autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. *Cancer Nursing*. 2002;25(2):125–133.

Shih A, Miaskowski C, Dodd MJ, Stotts NA, MacPhil L. A research review of the current treatments for radiation-induced oral mucositis in patients

with head and neck cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29(7):1063–1080.

Shih A, Miaskowski C, Dodd MJ, Stotts NA, MacPhil L. Mechanisms for radiation-induced oral mucositis and the consequences. *Cancer Nursing*. 2003;26(3):222–229.

Tierney DK, Facione N, Padilla G, Blume K, Dodd M. Altered sexual health and quality of life in women prior to hematopoietic cell transplantation. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007;11(4):298–308.

Tierney DK, Facione N, Padilla G, Dodd M. Response shift: A theoretical exploration of quality of life following a hematopoietic cell transplantation. *Cancer Nursing*. 2007;30(2):125–138.

Villars P, Dodd M, West C, et al. Differences in the prevalence and severity of side effects based on type of analgesic prescriptions in patients with chronic cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007;33(1):67–77.

Voss JG, Dodd M, Portillo C, Holzemar W. Theories of fatigue: Application in HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2006;17(1):37–50.

Voss J, Portillo CJ, Holzemer WL, Dodd MJ. Symptom cluster of fatigue and depression in HIV/AIDS. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2007;33(1–2):19–34.

Wong PC, Dodd MJ, Miaskowski C, et al. Mucositis pain induced by radiation therapy: Prevalence, severity, and use of self care behaviors. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;32(1):27–37.

Wood KA, Wiener CL, Kayser-Jones J. Supraventricular tachycardia and the struggle to be believed. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;6(4):293–302.

Fuentes secundarias

Bailey DE, Wallace M, Latini DM, Hegarty J, Carroll PR, Klein EA. Measuring illness uncertainty in men undergoing active surveillance for prostate cancer. *Applied Nursing Research*. 2011;24(4):193–199.

Chiou CP, Chung YC. Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage-renal-disease. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(9):1223–1231.

Flemme I, Hallberg U, Johansson I, Stromberg A. Uncertainty is a major concern for patients with implantable cardioverter defibrillators. *Heart & Lung*. 2011;40(5):420–428.

Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Mothering and self-othering: The impact of uncertain reproductive capability in young women after

hematological malignancy. *Health Care for Women International*. 2014;35(3):249–265.

Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Liminal reproductive experiences after therapies for hematological malignancy. *Qual Health Res*. 2015;25(3):408–416.

Han PK, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: A conceptual taxonomy. *Medical Decision Making*. 2011;31(6):828–838.

Hansen BS, Rortveit K, Leiknes I, et al. Patient experiences of uncertainty—a synthesis to guide nursing practice and research. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(2):266–277.

Taha SA, Matheson K, Anisam H. Everyday experiences of women posttreatment after breast cancer: The role of uncertainty, hassles, uplifts, and coping on depressive symptoms. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2012;30(3):359–379.

[*] Créditos de la fotografía: Robert Foothorap. Tomado de (2001). The UCSF School of Nursing Annual Publication, *The Science of Caring, 13*(1), 7.

[†] Créditos de la fotografía: Craig Carlson.

[*] La *teoría de la trayectoria de la enfermedad* se usa para referirse a las formulaciones teóricas respecto a enfrentarse a la incertidumbre a través de la trayectoria de la enfermedad del cáncer. Desde esta perspectiva, hacer frente a los problemas se ve como un cambio a lo largo del tiempo, que es muy variable en relación con las influencias biográficas y sociológicas. La trayectoria es el curso de un cambio, de variabilidad, que no puede quedar confinado ni modelado en fases lineales o estadios. Más bien, la trayectoria de la enfermedad organiza visiones para una mejor comprensión de la dinámica que desempeña la alteración de la enfermedad dentro de los contextos cambiantes de la vida.

31

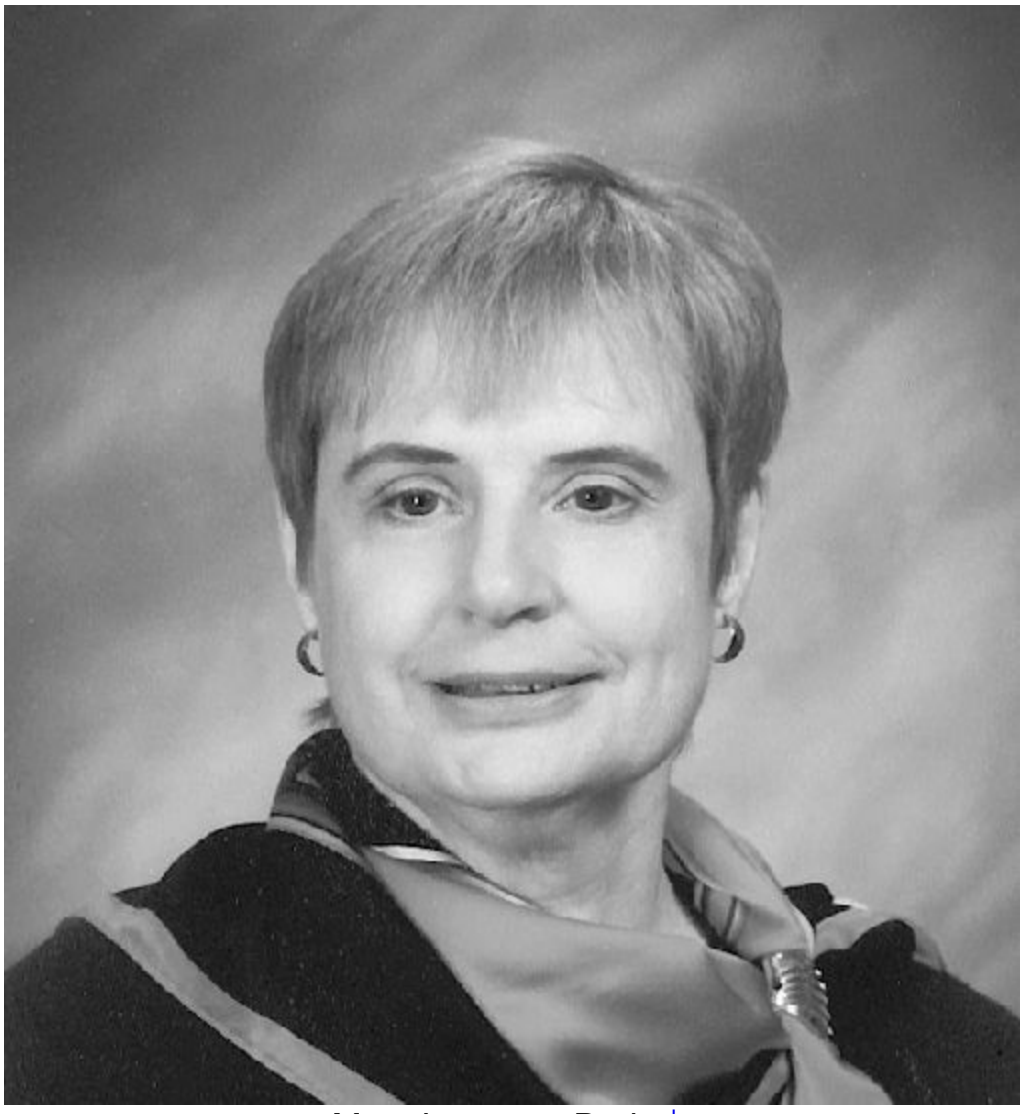
Teoría del duelo disfuncional

Ann M. Schreier

«El duelo disfuncional es la presencia de sentimientos generalizados relacionados con el pesar que se ha observado se producen periódicamente durante la vida de las personas con trastornos crónicos, sus cuidadores familiares y las personas que han perdido un ser querido.»

(Burke, Eakes y Hainsworth, 1999, pág. 374)

Georgene Gaskill Eakes*
(1945-actualidad)



Mary Lermann Burke[†]
(1941-actualidad)

Margaret A. Hainsworth‡
(1931-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Georgene Gaskill Eakes

Georgene Gaskill Eakes nació en New Bern, en Carolina del Norte. Se diplomó en Enfermería en el Watts Hospital School of Nursing en Durham, Carolina del Norte, en 1966, y en 1977 se licenció en Enfermería con la calificación de *summa cum laude* en la North Carolina Agricultural and Technical State University. En 1980 Eakes completó un máster en Enfermería en la University of North Carolina en Greensboro y en 1988, un doctorado en Educación en la

North Carolina State University. Además realizó un período de prácticas remuneradas por el Gobierno Federal para obtener su máster y disfrutó de una beca de la North Carolina League for Nursing para financiar sus estudios de doctorado. Fue incluida en la Sigma Theta Tau International Honor Society of Nurses en 1979 y en la Phi Kappa Phi Society en 1988.

Al inicio de su carrera profesional, Eakes trabajó en el entorno de la salud mental y psiquiátrica aguda y de la comunidad. En 1980 pasó a formar parte del cuerpo docente de la Facultad de Enfermería de la East Carolina University, en Greenville, Carolina del Norte.

El interés de Eakes por temas relacionados con la muerte, el moribundo, la pena y la pérdida empezó en los años setenta, cuando sufrió lesiones potencialmente mortales como consecuencia de un accidente de automóvil. Su experiencia próxima a la muerte potenció su concienciación de la deficiente preparación de los profesionales sanitarios y de las personas en general para tratar con individuos que hacen frente a la muerte, y la ausencia general del conocimiento de las reacciones de pesar experimentadas en respuesta a situaciones de pérdida. Motivada por esta perspectiva, ella orientó sus primeros esfuerzos en investigación hacia el estudio de la ansiedad por la muerte entre personal de enfermería en casos de cuidados prolongados, y la exploración de la resolución de la pena entre enfermeras de hospitales para enfermos terminales.

En 1983, Eakes fundó, como un servicio a la comunidad, un grupo de apoyo quincenal para personas diagnosticadas de cáncer y sus parejas, en el que continúa colaborando. Su implicación en este grupo le alertó sobre la naturaleza mantenida de las reacciones de duelo asociadas al diagnóstico de enfermedades crónicas con riesgo vital. Mientras presentaba su conferencia en la conferencia internacional de investigación de Sigma Theta Tau en Taipéi, Taiwán, en 1989, asistió a la presentación sobre duelo disfuncional de Mary Lermann Burke e inmediatamente estableció la conexión entre la descripción de Burke del duelo disfuncional en madres de niños con discapacidad por mielomeningocele y las reacciones de duelo que había observado entre los miembros del grupo de apoyo del cáncer.

Después del congreso, Eakes se puso en contacto con Burke para

estudiar la posibilidad de realizar trabajos conjuntos de investigación. Tras estas conversaciones, programaron una reunión que incluyó a Burke, a su compañera Margaret A. Hainsworth y a Carolyn Lindgren, una compañera de Hainsworth. El Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow (NCRCS) fue el resultado de esta primera reunión durante el verano de 1989.

Tras la fundación del NCRCS, sus miembros realizaron numerosos estudios de investigación cualitativa conjunta sobre poblaciones de individuos afectados por trastornos crónicos o potencialmente mortales, sobre cuidadores familiares y sobre individuos que habían sufrido la pérdida de un ser querido. Eakes centró sus estudios individuales en los diagnosticados de cáncer, en cuidadores familiares de niños, en cuidadores de adultos con una enfermedad mental y en individuos que habían sufrido la pérdida de un ser querido. De 1992 a 1997, Eakes recibió tres becas de investigación de la Facultad de Enfermería de la East Carolina University y dos becas de investigación de la Beta Nu Chapter of Sigma Theta Tau International para financiar sus esfuerzos de investigación.

Además de sus publicaciones profesionales, Eakes ha realizado numerosas presentaciones sobre temas relacionados con el duelo-pérdida, la muerte y el moribundo a grupos de profesionales y público general en tribunas locales, estatales, nacionales e internacionales. También se ha implicado intensamente en la formación de personal de apoyo en el síndrome de muerte súbita del lactante en Carolina del Norte y de voluntarios de hospitales para enfermos terminales, locales y regionales. Eakes está realizando esfuerzos activos en mejorar la calidad del cuidado al final de la vida, y para eso es miembro del equipo directivo de la End of Life Care Coalition del este de Carolina del Norte.

En 2002, Eakes recibió el Premio East Carolina University Scholar Teacher en reconocimiento de la excelencia en la integración de la investigación en el ejercicio de la formación. En 1999, Eakes recibió el Premio Best of Image por la publicación teórica presentada por la Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing «Middle-Range Theory of Chronic Sorrow». Fue finalista del Premio Excellence in Writing del *Oncology Nursing Forum* en 1994. Otros honores y premios que ha recibido son el Premio North Carolina al

Educador en Enfermería del Año de la North Carolina Nurse Association en 1991 y como Outstanding Researcher por la Beta Nu Chapter of Sigma Theta Tau International Honor Society for Nurses en 1994 y 1998. Eakes también ha sido revisora de *Qualitative Health Research*, una revista internacional interdisciplinaria.

Eakes es profesora emérita en la Escuela de Enfermería de la East Carolina University. Antes de jubilarse ejerció la docencia en cursos universitarios en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental e Investigación en Enfermería, un curso de máster en Formación en Enfermería y un curso de grado interdisciplinario titulado «Perspectives on Death/Dying». En la actualidad es directora de formación clínica en el Vidant Medical Center en Greenville, Carolina del Norte (Eakes, comunicación personal, 2012).

Mary Lermann Burke

Mary Lermann Burke nació en Sandusky, Ohio, donde creció. Se diplomó en Enfermería en la Facultad de Enfermería del Good Samaritan Hospital de Cincinnati en 1962, y al año siguiente terminó un diploma de posgrado en el Children's Medical Center del distrito de Columbia. Tras varios años de experiencia laboral en enfermería pediátrica, Burke se licenció en Enfermería con sobresaliente *cum laude* en la Facultad de Rhode Island, Providence. En 1982 terminó un máster en Enfermería Paterno-Infantil en la Boston University. Durante este programa obtuvo un certificado en Enfermería Paterno-Infantil y formación interdisciplinaria en las discapacidades del desarrollo por el Child Development Center del Rhode Island Hospital y por la Sección de Medicina Reproductiva y del Desarrollo de la Brown University, Providence. Se doctoró en Enfermería por la Boston University en 1989.

Burke ingresó como miembro de la Theta Chapter, Sigma Theta Tau, durante sus estudios de máster en la Boston University en 1981 y de la Delta Upsilon Chapter of Sigma Theta Tau en el Rhode Island College en 1988. Recibió una beca para estudiantes de doctorado del Theta Chapter en 1988 y el Premio Delta Upsilon Chapter Louisa A. White for Research Excellence en 1996.

De 1991 a 1996, Burke recibió cuatro becas de investigación de la Facultad del Rhode Island College para realizar estudios en el área

del duelo disfuncional. En 1998, recibió una beca del Delta Upsilon Chapter para el desarrollo inicial de un instrumento cuantitativo para estudiar el duelo disfuncional. Burke fue la investigadora principal del proyecto Transition to Adult Living, financiado con una beca del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Genetics Services Branch, del Maternal and Child Health Bureau, de 1992 a 1995. Esta ayuda fue complementada por la beca Genetics Group Special Projects, de Nueva Inglaterra, del Transition to Adult Living Project-System Dissemination of Information, en 1995. Burke era la coinvestigadora principal.

Al principio de su carrera, Burke ejerció la especialidad de enfermería pediátrica en el campo de la atención primaria y el paciente agudo. Ingresó en el cuerpo docente del Departamento de Enfermería del Rhode Island College como profesora clínica en 1980 y pasó a ser profesora a jornada completa en 1982, profesora adjunta en 1987, profesora titular en 1991 y catedrática en 1996. Durante este período enseñó enfermería pediátrica en cursos didácticos y clínicos. Además, desarrolló un curso formativo en Enfermería sobre nutrición, farmacología y fisiopatología, en el que también impartía docencia. Se retiró de su puesto en la Facultad del Rhode Island College en diciembre de 2002.

Burke se interesó por el concepto de duelo disfuncional durante su programa de doctorado tras una práctica clínica en el Child Development Center del Rhode Island Hospital. Mientras trabajaba allí con niños con espina bífida y sus padres, tuvo la noción clínica de que las emociones que observó en los padres coincidían con el duelo disfuncional descrito por primera vez por Olshansky (1962). Su tesis, *The Concerns of Mothers of Preschool Children with Myelomeningocele,* identificó emociones similares a las del duelo disfuncional. Luego desarrolló el Burke Chronic Sorrow Questionnaire para realizar el trabajo de su tesis doctoral, *Chronic Sorrow in Mothers of School-Age Children with Myelomeningocele.*

En junio de 1989 Burke presentó su tesis en el congreso de investigación de la Sigma Theta Tau International en Taipéi, Taiwán, donde entró en contacto con la Dra. Eakes, de la East Carolina University, y la Dra. Hainsworth, del Rhode Island College. Posteriormente, este grupo constituyó el NCRCS, en el que participó durante un breve período la Dra. Carolyn Lindgren, de la

Wayne State University. Juntas desarrollaron un Burke/NCRCS Chronic Sorrow Questionnaire modificado, e individualmente realizaron una serie de estudios que fueron analizados conjuntamente. Los estudios individuales de Burke en esta serie se centraron en el duelo disfuncional en parejas estériles, en niños de padres con trastornos disfuncionales y en padres que habían sufrido la pérdida de un ser querido. Los estudios analizados conjuntamente dieron lugar al desarrollo de una teoría de nivel medio de duelo disfuncional publicada en 1998. De forma individual y conjunta, miembros del consorcio presentaron numerosos artículos sobre duelo disfuncional en congresos locales, estatales, nacionales e internacionales, escribieron 10 artículos publicados en revistas de referencia, y recibieron el Premio Best of Image, en la categoría de publicación teórica, de la Sigma Theta Tau International por el artículo «Middle-Range Theory of Chronic Sorrow». Más recientemente, Burke ha colaborado con la Dra. Eakes en el desarrollo del Burke/Eakes Chronic Sorrow Assessment Tool.

Burke participa en numerosas organizaciones profesionales y de la comunidad. Es miembro del Rhode Island Board of Trustees de los St. Joseph's Health Services. Ha recibido el Premio Outstanding Alumna por sus contribuciones a la formación en Enfermería del Departamento de Enfermería del Rhode Island College, y el Premio Rhode Island College Alumni Honor Roll (Burke, comunicación personal, 2005).

Margaret A. Hainsworth

Margaret A. Hainsworth nació en Brockville, Ontario, Canadá, y creció en Prescott, Ontario. Entró en la Escuela de Enfermería del Brockville General Hospital, Brockville, Ontario, donde se graduó en 1953. En 1959 emigró a EE. UU. para cursar estudios en el George Peabody College for Teachers de Nashville, Tennessee, donde obtuvo una diplomatura en Enfermería de Salud Pública. En 1974 amplió su formación en el Salve Regina College de Newport, Rhode Island, y obtuvo una licenciatura en Enfermería en 1973 y consiguió un máster en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental del Boston College en 1974 y un doctorado en Administración de la Formación de la University of Connecticut en 1986. En 1988 logró la

titulación como especialista clínica en Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental.

Ingresó en el Sigma Theta Tau, Alpha Chi Chapter en 1978 y en el Delta Upsilon Chapter en 1989. En 1976 recibió el Premio a la Profesora Destacada en el Rhode Island College. En 1992 fue seleccionada para asistir al Technical Assistance Workshop and Mentorship for Nurses in Implementation del National Plan for Research in Child and Adolescent Mental Disorders, patrocinado por los National Institutes of Health. En 1991 fue elegida revisora de la revista *Qualitative Health Research.* En 1999 Hainsworth fue aceptada por el Royal Melbourne Institute of Technology de Melbourne, Australia, como profesora visitante en un programa de intercambio universitario.

Ha trabajado como enfermera en salud pública y en psiquiatría y salud mental. En 1974 se incorporó como asociada al Departamento de Enfermería de la Facultad de Rhode Island y alcanzó el puesto de profesora titular en 1992. Su principal área de docencia ha sido el cuidado psiquiátrico, tanto mediante charlas teóricas como mediante la práctica clínica. Impartió un curso titulado «Death and Dying» que se convirtió en una materia opcional en el programa de estudios general del colegio. Hainsworth siempre prosiguió con su práctica y trabajó durante 13 años como asesora de la Visiting Nursing Association. Empezó a trabajar en la práctica privada en la Bay Counseling Association en 1993 y mantuvo este puesto durante 5 años.

Su interés por la enfermedad crónica y su relación con la aflicción se inició durante su trabajo como orientadora de un grupo de apoyo para mujeres con esclerosis múltiple. Esta práctica la llevó a su tesis, *An Ethnographic Study of Women with Multiple Sclerosis Using a Symbolic Interaction Approach.* Esta investigación se aceptó para una ponencia en el congreso de investigación de la Sigma Theta Tau en Taipéi, Taiwán, en 1989. En esta conferencia, se familiarizó con la investigación sobre duelo disfuncional después de asistir a una presentación de Burke.

A partir del trabajo de Burke y Eakes, se fundó el NCRCS en 1989 para ampliar los conocimientos sobre duelo disfuncional. Hainsworth fue una de las cuatro cofundadoras y miembro activo hasta 1996. La investigación se inició con cuatro estudios centrados

en el duelo disfuncional en individuos con situaciones vitales crónicas, y los miembros del consorcio analizaron conjuntamente los datos. Durante los 7 años en que fue miembro, el consorcio publicó 13 artículos y presentó los resultados de sus estudios en congresos internacionales, estatales y regionales. En 1999 recibieron el Premio Best of Image in Theory de la Sigma Theta Tau International (Hainsworth, comunicación personal, 2005).

Fuentes teóricas

El NCRCS basaba la teoría de rango medio del duelo disfuncional en dos fuentes fundamentales. El trabajo de Olshansky (1962) fue citado como la base del concepto original de duelo disfuncional (Eakes, Burke y Hainsworth, 1998). El modelo de estrés y adaptación de Lazarus y Folkman (1984) fue la base para la conceptualización del afrontamiento del duelo disfuncional por las personas.

El concepto de duelo disfuncional surge con el trabajo de Olshansky en 1962 (Lindgren et al., 1992). Las teóricas del NCRCS citan las observaciones de Olshansky sobre padres de niños con retraso mental, que indicaban que estos padres presentaban una pena recurrente, acuñando el término *duelo disfuncional.* Este concepto original se describió como «una simple y amplia descripción de reacción psicológica a una si- tuación trágica» (Lindgren et al., 1992, pág. 30).

Durante los años ochenta, otros investigadores comenzaron a examinar la experiencia de los padres de niños con discapacidad física o mental. Este trabajo validó la tristeza recurrente y la naturaleza interminable del duelo que experimentaban estos padres. Antes de este trabajo, el duelo se había conceptualizado como un proceso que se resuelve con el tiempo y que, según el trabajo de Bowlby y Lindemann, es anormal cuando esto no ocurre (Lindgren et al., 1992). En contraste con esta conceptualización con límite temporal, en el concepto de duelo disfuncional está inherente que la pena recurrente es una experiencia normal (Wikler, Wasow y Hatfield, citado en Lindgren et al., 1992). Burke, en su estudio de niños con espina bífida, había definido el duelo disfuncional como una «tristeza penetrante que es de naturaleza permanente,

periódica y progresiva» (Hainsworth, Eakes y Burke, 1994, pág. 60).

El NCRCS no limitó su teoría a la existencia del duelo disfuncional, sino que trató de analizar la respuesta ante el mismo. Este grupo incorporó el trabajo sobre estrés y adaptación realizado en 1984 por Lazarus y Folkman como la base de los métodos de tratamiento eficaz que incorpora su modelo (Eakes et al., 1998). La disparidad encontrada y la respuesta al reduelo estimulan los mecanismos de afrontamiento individual. Existen categorías de estilo o manejo del afrontamiento. Entre las estrategias de afrontamiento interno se incluyen conductas orientadas a la acción, cognitivas, de revalorización e interpersonales (Eakes et al., 1998). Por tanto, la teoría de nivel medio del duelo disfuncional extendió la base teórica del duelo disfuncional no solo a la experiencia del duelo disfuncional en ciertas situaciones, sino también a las estrategias de afrontamiento ante el fenómeno.

Principales conceptos y definiciones

Duelo disfuncional

El **duelo disfuncional** es la discrepancia continua por una pérdida, que es generalizada y permanente. Los síntomas de duelo se repiten periódicamente y son potencialmente progresivos.

Pérdida

La **pérdida** tiene lugar por una discrepancia entre situaciones o experiencias «ideales» o reales. Por ejemplo, existe un «niño perfecto» y un niño con un trastorno crónico que difiere del ideal.

Situaciones desencadenantes

Las **situaciones desencadenantes** son situaciones, circunstancias y estados que ponen de relieve la discrepancia o la pérdida recurrente e inician o exacerban sentimientos de duelo.

Métodos de gestión

Los **métodos de gestión** son medios mediante los que los individuos pueden tratar el duelo disfuncional. Pueden ser internos (estrategias internas de abordaje) o externos (profesional

sanitario o intervenciones de otras personas).

Gestión ineficaz

La **gestión ineficaz** se debe a estrategias que aumentan la inquietud del individuo o aumentan los sentimientos de duelo disfuncional.

Gestión eficaz

La **gestión eficaz** se debe a estrategias que pueden aumentar el confort del individuo afectado.

Uso de datos empíricos

Duelo disfuncional

Los indicios empíricos que respaldan la definición conceptual inicial del duelo disfuncional del NCRCS derivan de las entrevistas con madres de niños con espina bífida que Burke (1989) realizó como parte la investigación para su tesis. Con este trabajo, Burke definió el duelo disfuncional como una pena generalizada, y halló que la experiencia era permanente, periódica y potencialmente progresiva (Eakes et al., 1993). El trabajo inicial de Burke fue el comienzo de una serie posterior de estudios, como la base para las guías de las entrevistas utilizadas en estos estudios.

Estos estudios del NCRCS incluyeron:

- Individuos con:
    - Cáncer (Eakes, 1993).
    - Esterilidad (Hainsworth et al., 1994).
    - Esclerosis múltiple (Hainsworth, 1994; Hainsworth et al., 1993) o enfermedad de Parkinson (Lindgren, 1996).
- **Cónyuges cuidadores** de personas con:
    - Enfermedad mental crónica (Hainsworth et al., 1995).
    - Esclerosis múltiple (Hainsworth, 1995).
    - Enfermedad de Parkinson (Lindgren, 1996).
- **Padres cuidadores** de:

- Niños adultos con una enfermedad mental crónica (Eakes, 1995).

Según estos estudios, las teóricas postularon que el duelo disfuncional tiene lugar en cualquier situación en la que no se resuelve la pérdida. Estos estudios no demostraron de forma coherente que las emociones asociadas empeoraran con el tiempo. Sin embargo, las autoras concluyeron que los estudios confirmaban «el potencial de progresión e intensificación del duelo disfuncional con el tiempo» (Eakes et al., 1998, pág. 180).

Las teóricas del NCRCS ampliaron sus estudios a individuos que presentaban una única pérdida de un ser querido y observaron que esta población presentaba los mismos sentimientos de duelo disfuncional (Eakes, Burke y Hainsworth, 1999).

Ante estas amplias pruebas empíricas, las teóricas del NCRCS ajustaron la definición de duelo disfuncional como «la recurrencia periódica de una aflicción generalizada y permanente u otros sentimientos relacionados con el duelo con una discrepancia continua secundaria a la experiencia de una pérdida» (Eakes et al., 1998, pág. 180).

Desencadenantes

Utilizando los datos empíricos de estas series de estudios, las teóricas del NCRCS identificaron acontecimientos o situaciones primarias que desencadenaban la reexperiencia de los sentimientos iniciales de duelo. Estos hechos se etiquetaron como *desencadenantes del duelo disfuncional* (Eakes et al., 1993). El NCRCS comparó y contrastó los desencadenantes del duelo disfuncional en individuos con trastornos crónicos, cuidadores familiares y personas que habían sufrido la pérdida de un ser querido (Burke, Eakes y Hainsworth, 1999). En todas las poblaciones se observó que los recuerdos de normas y aniversarios desencadenaban el duelo disfuncional. Los cuidadores familiares y las personas con trastornos disfuncionales presentaban desencadenantes en el control de las crisis. Un único desencadenante para cuidadores familiares era la necesidad de un cuidado inacabable. La población que había sufrido la pérdida de un ser querido describía que los

recuerdos y el cambio de papeles eran desencadenantes excepcionales.

Estrategias de gestión

El NCRCS postuló que el duelo disfuncional no es debilitante cuando los individuos controlan eficazmente los sentimientos. Las estrategias de gestión se dividieron en internas y externas. Las estrategias de autogestión se denominaron estrategias internas de abordaje. El NCRCS designó estrategias internas de abordaje, como de acción, cognitiva, interpersonal y afectiva.

Los mecanismos de acción de abordaje se utilizaron en todos los sujetos-individuos con trastornos disfuncionales y sus cuidadores (Eakes, 1993, 1995; Eakes et al., 1993, 1999; Hainsworth, 1994, 1995; Hainsworth et al., 1995; Lindgren, 1996). Los ejemplos son similares a métodos de distracción utilizados comúnmente para hacer frente al dolor. Por ejemplo, «mantenerse ocupado» y «hacer algo divertido» son ejemplos utilizados con frecuencia como abordaje orientado a la acción (Eakes, 1995; Lindgren et al., 1992). Las teóricas del NCRCS observaron que el abordaje cognitivo era frecuente, y los ejemplos incluían «pensar positivamente», «aprovechar algo al máximo» y «no intentar combatirlo» (Eakes, 1995; Hainsworth, 1994; Lindgren, 1996). Algunos ejemplos de abordaje interpersonal incluyeron «ir a un psiquiatra», «unirse a un grupo de autoayuda» y «hablar con los demás» (Eakes, et al., 1993; Hainsworth, 1994, 1995). Los ejemplos de estrategia emocional incluyeron «un buen llanto» y expresar emociones (Eakes et al., 1998; Hainsworth et al., 1995). Se consideró que una estrategia de gestión eficaz era aquella que el sujeto describía como útil para disminuir los sentimientos de un nuevo duelo.

La gestión externa fue descrita inicialmente por Burke como intervenciones proporcionadas por profesionales de la salud (Eakes et al., 1998). Los profesionales de la salud ayudan a las poblaciones afectadas a aumentar su bienestar a través de diferentes roles de presencia empática, con experiencia en docencia y en cuidado y con competencia profesional (Eakes, 1993, 1995; Eakes et al., 1993, 1999; Hainsworth, 1994, 1995; Hainsworth et al., 1995; Lindgren, 1996).

En resumen, una impresionante muestra de 196 entrevistas dio

lugar a la teoría de nivel medio del duelo disfuncional. Las teóricas resumieron una década de investigación con individuos con duelo disfuncional y observaron que este fenómeno tiene lugar normalmente en personas con trastornos crónicos, en cuidadores familiares y en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido (Burke et al., 1999; Eakes et al., 1998).

Principales premisas

Enfermería

Diagnosticar el duelo disfuncional y ofrecer intervenciones está dentro del ámbito del ejercicio de la enfermería. Las enfermeras pueden ofrecer una guía anticipatoria a individuos de riesgo. Los roles principales de las enfermeras incluyen presencia empática, experiencia en docencia y cuidados, y competencia profesional (Eakes et al., 1998).

Persona

Los seres humanos tienen una percepción idealizada de los procesos vitales y de la salud. Las personas comparan sus experiencias con el ideal y con quienes les rodean. Aunque la experiencia de cada persona con la pérdida es única, existen características comunes y previsibles acerca de la experiencia de la pérdida (Eakes et al., 1998).

Salud

Hay un funcionamiento normal. La salud de una persona depende de la adaptación a discrepancias asociadas a la pérdida. El abordaje eficaz origina una respuesta normal a las pérdidas vitales (Eakes et al., 1998).

Entorno

Hay interacciones en un contexto social que incluye el ambiente familiar, social, laboral y de asistencia sanitaria. Los individuos responden a su evaluación de sí mismos con respecto a las normas

sociales (Eakes et al., 1998).

Fundamentos teóricos

1. El duelo disfuncional es una respuesta humana normal relacionada con la discrepancia continua creada por una situación de pérdida.
2. El duelo disfuncional es de naturaleza cíclica.
3. Los desencadenantes externos e internos previsibles de mayor duelo pueden clasificarse y anticiparse.
4. Los seres humanos tienen estrategias de abordaje inherentes y aprendidas que pueden o no ser eficaces para recuperar el equilibrio normal al experimentar el duelo disfuncional.
5. Las intervenciones de los profesionales sanitarios pueden o no ser eficaces para ayudar al individuo a recuperar el equilibrio normal.
6. Un ser humano que presenta una pérdida única o continua percibirá una discrepancia entre el ideal y la realidad.
7. La discrepancia entre real e ideal conduce a sentimientos de aflicción generalizada y duelo (Eakes et al., 1998).

Planteamiento lógico

Esta teoría se basa en diversos estudios cualitativos. A través del análisis de 196 entrevistas surgió la teoría de nivel medio del duelo disfuncional. Con pruebas empíricas claras, las teóricas del NCRCS describieron el fenómeno del duelo disfuncional, identificaron desencadenantes comunes de nuevo duelo y describieron mecanismos internos para hacerle frente y el papel de las enfermeras en la gestión externa del duelo disfuncional.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Tres perspectivas –práctica, formación e investigación– representan el marco para analizar la aceptación por la comunidad enfermera

del trabajo del NCRCS. A continuación se analiza cada una de ellas.

Práctica profesional

Trabajo original del Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow

Los estudios del NCRCS, que forman la base de la teoría de rango medio del duelo disfuncional (Eakes et al., 1998), están llenos de implicaciones prácticas. Cada artículo incluyó una sección en la que se relacionaban los hallazgos con la práctica enfermera clínica (Burke et al., 1999; Eakes, 1993; 1995; Hainsworth, 1994; Hainsworth et al., 1993; 1994; 1995; Lindgren, 1996; Lindgren et al., 1992). Los trabajos de NCRCS aportan sugerencias para que las enfermeras ayuden a los individuos y a sus familiares cuidadores en el manejo de los hitos o los acontecimientos desencadenantes de forma eficaz. De forma específica, el trabajo identifica los papeles de las enfermeras como presencia empática, maestro-experto y profesional competente (Eakes et al., 1993). Además, el trabajo original de NCRCS ha sido la base para que otros autores hagan publicaciones orientadas a una audiencia práctica.

Bibliografía derivada del Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow

Varias enfermeras que no forman parte del NCRCS han publicado artículos en los que citan los estudios de este grupo orientados a la práctica clínica (Gedaly-Duff, Stoger y Shelton, 2000; Gordon, 2009; Joseph, 2012; Kerr, 2010; Marcella-Brienza, 2015; Scornaienchi, 2003; Vitali y Falco, 2014). Otra bibliografía de orientación práctica, aunque no realizada por enfermeras, aporta información práctica que puede resultar útil para las enfermeras (Harris y Gorman, 2011; Marcella- Bienza, 2015; Rossheim y McAdam, 2010; Weingarten, 2012). Aunque estos trabajos se relacionan con la práctica, también pueden considerarse relacionados con la formación. La siguiente sección aporta evidencias adicionales de la importancia del trabajo del NCRCS sobre el duelo disfuncional para la comunidad educativa.

Formación

El uso del trabajo del NCRCS en la formación de pregrado, investigación de posgrado y continuada apoya todavía más su aceptación por la comunidad educativa.

Formación de pregrado: lenguaje de enfermería estandarizado

Al revisar la bibliografía acerca de los lenguajes de enfermería estandarizados se observa que el duelo disfuncional es una categoría diagnóstica (North America Nursing Diagnosis Association [NANDA], 2014), con sus resultados esperados relacionados e intervenciones sugeridas (Johnson et al., 2011). La comparación de las definiciones de duelo disfuncional empleadas por la NANDA International (NANDA-I) y el NCRCS (Eakes et al., 1998) revela unas dimensiones esencialmente parecidas. Varias obras de diagnóstico enfermero muy utilizadas (Ackley y Ladwig, 2013; Carpenito-Moyet, 2014; Doenges, Moorhouse y Murr, 2016) citan los trabajos del NCRCS o autores que han empleado dicho trabajo para explicar la relación entre el duelo disfuncional como categoría diagnóstica y las intervenciones y la evolución del mismo. La relación entre las categorías diagnósticas de NANDA-I, la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC) (Johnson et al., 2012) tiene implicaciones formativas para el pregrado en esta materia, porque aporta orientación a los alumnos y profesores de enfermería –a los primeros para orientar el aprendizaje del proceso de toma de decisiones clínicas, y a los profesores para enseñar esta materia y diseñar los currículos–. Además, esta vinculación permite replanificar el cuidado para incorporar el pronóstico, un aspecto esencial en la docencia práctica basada en la evidencia (Pesut y Herman, 1998).

Formación de investigación de posgrado: enfermería

La utilización del trabajo teórico del NCRCS en tesis de máster y doctorales no publicadas y en artículos relacionados con tesis proporciona evidencia de su uso en la formación de enfermería de grado. Estos estudios se clasifican aquí en virtud de su nivel y de su

asunto central:

- Tesis de máster:
    - Duelo disfuncional en madres de niños con enfermedades crónicas (Golden, 1994; Shumaker, 1995).
- Tesis doctorales:
    - Padres que cuidan de sus hijos con necesidades especiales de atención sanitaria (Kelly, 2010).
    - Mujeres tratadas por cáncer que sufren problemas de fertilidad y/o menopausia prematura (Hunter, 2010).
    - Desarrollo del *Kendall Chronic Sorrow Instrument* para cribar y medir la experiencia del duelo disfuncional (Kendall, 2005).
    - Cuidadores de niños con anemia drepanocítica (Neilsen, 2013).

Formación de investigación de posgrado: otras disciplinas

Los estudiantes de posgrado en otras disciplinas profesionales, entre ellas educación, trabajo social, psicología, educación y vida familiar, han realizado estudios de tesis que utilizan el trabajo del NCRCS. Estos estudios inéditos, enumerados aquí según el tema del que tratan, tienen relevancia para la práctica de la enfermería:

- Personas que padecen:
    - Dolor de espalda crónico (Blair, 2010).
    - Infertilidad (Casale, 2009).
    - Trastorno bipolar (Freedberg, 2011).
- Cuidadores que atienden a familiares:
    - Jóvenes y adolescentes con:
        - Múltiples discapacidades (Parrish, 2010).
        - Necesidades especiales de atención sanitaria (Kelly, 2010).
        - Enfermedad mental crónica (Davis, 2006).
        - Autismo (Collins, 2008; Monsson, 2010).
    - Hijos adultos con:

Parálisis cerebral (Masterson, 2010; Wee, 2010).

Formación continua

Varios autores han empleado el trabajo del consorcio sobre duelo disfuncional en artículos publicados que han representado en el momento de su publicación ofertas de formación continuada para los clínicos que trabajan con familias con enfermos crónicos (Doornbos, 1997; Hobdell et al., 2007; Mallow y Bechtel, 1999; Meleski, 2002; Melnyk et al., 2001). El curso de Drench (2003) para fisioterapeutas y ayudantes de fisioterapia presentó un contenido sobre pérdida y duelo que incluía el trabajo del NCRCS.

Investigación

Una revisión de la investigación publicada que utilizaba el trabajo del NCRCS reveló que los investigadores han extendido el trabajo a través de estudios realizados con poblaciones representativas estudiadas anteriormente y con nuevas poblaciones de investigadores internacionales:

- Las extensiones de poblaciones del NCRCS:
    - Esclerosis múltiple: personas y cuidadores (Isaksson y Ahlström, 2008; Isaksson, Gunnarsson y Ahlström, 2007; Liedstrom, Isaksson y Ahlström, 2008).
    - Defectos del tubo neural, cuidadores parentales (Hobdell, 2004).
    - Duelo, padres después del parto de un niño muerto (Erlandsson et al., 2011).
- Las extensiones del trabajo del NCRCS a nuevas poblaciones:
    - Personas:

        Con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Ingram y Hutchinson, 1999; Lichtenstein, Laska y Clair, 2002).

        Que son niñas víctimas de maltrato

infantil (Smith, 2007, 2009).

- Familiares que cuidan de personas con:
  - Esquizofrenia (Olwit et al., 2015).
- Familiares que cuidan de hijos con:
  - Asma (Maltby, Kristjanson y Coleman, 2003).
  - Cáncer (Nikfarid et al., 2015).
  - Diabetes (Bowes et al., 2009; Lowes y Lyne, 2000).
  - Discapacidades (Mallow y Bechtel, 1999; Patrick-Ott y Ladd, 2010; Whittingham et al., 2013).
  - Epilepsia (Hobdell et al., 2007).
  - VIH (Mawn, 2012).
  - Enfermedades raras (Glenn, 2015).
  - Drepanocitosis (Northington, 2000).

Aunque la mayoría de los autores eran estadounidenses, la bibliografía refleja una influencia internacional con publicaciones de profesionales de enfermería de Australia (Maltby et al., 2003; Whittingham et al., 2013), Nueva Zelanda (Mercer, 2015), Irán (Nikfarid et al., 2015), Suecia (Ahlström, 2007; Isaksson y Ahlström, 2008; Pejlert, 2001), Uganda (Olwit et al., 2015) y el Reino Unido (Bowes et al., 2009; Lowes y Lyne, 2000). Varios estudios fueron escritos por terapeutas ocupacionales, dos por psicólogos y uno fue obra de sociólogos, que apoyaban la afirmación de que el trabajo del NCRCS es la base de la investigación internacional e interdisciplinaria. En la bibliografía actual de enfermería se observa la aplicación de esta teoría de nivel medio a la investigación (Eakes, 2013).

Evolución

Hasta la fecha, la mayoría de los esfuerzos de investigación relacionados con la teoría de nivel medio del duelo disfuncional utilizaron métodos cualitativos y se centraron en la identificación de la aparición del concepto en otras poblaciones. Los estudios del desarrollo de instrumentos diseñados para medir la intensidad del

duelo disfuncional en el intervalo o el nivel de proporción impulsarían desarrollos adicionales de la teoría. Los instrumentos actuales, como la Burke/Eakes Chronic Sorrow Assessment (Eakes, 2013) y el Kendall Chronic Sorrow Instrument (Kendall, 2005), produjeron datos en los niveles nominal y ordinal. Los datos de la intensidad del duelo disfuncional de intervalo o proporción estimularían estudios diseñados para medir la eficacia de los roles e intervenciones de enfermería para conseguir resultados identificados en el sistema NOC como, por ejemplo, «Aceptación: estado de salud… Nivel de depresión… Esperanza… Equilibrio del estado de ánimo» (Johnson et al., 2012, págs. 220-221). El desarrollo de este tipo de investigación proporcionaría el apoyo empírico necesario para la práctica de enfermería basada en la evidencia.

Crítica

Claridad

Esta teoría describe con claridad un fenómeno que se observa en el área clínica cuando se produce una pérdida y es evidente que está aceptada en la práctica enfermera. Como se ha indicado anteriormente, el diagnóstico de enfermería de duelo disfuncional está incluido dentro del lenguaje estandarizado de la NANDA-I y se define como cíclico, recurrente y potencialmente progresivo, y, como tal, se corresponde con la definición de las teóricas de NCRCS. En cada uno de los trabajos publicados por estas teóricas se definen los conceptos clave, y esta teoría de rango medio describe la relación propuesta entre estos conceptos. La relación entre los conceptos tiene sentido intuitivo. Por ejemplo, es evidente que un tratamiento eficaz, ya sea interno o externo, conducirá a una mayor comodidad y, de forma inversa, un tratamiento ineficaz promoverá la incomodidad y la intensidad del duelo disfuncional. Al tratarse de una teoría de nivel medio, el alcance se limita a la explicación de un único fenómeno, el de respuesta a la pérdida, y es congruente con la experiencia de la práctica clínica. Tal como ha afirmado Eakes, la belleza de esta teoría de nivel medio reside en que a los profesionales, los estudiantes y los docentes les parece cierta, como

resulta evidente de las continuas comunicaciones a escala nacional e internacional (Eakes, comunicación personal, mayo de 2012).

Un aspecto poco claro de la teoría es por qué no todos los individuos con pérdidas no resueltas experimentan duelo disfuncional. Algunos, aunque pocos, de los pacientes entrevistados por el NCRCS no experimentaron los síntomas que se clasifican como *duelo disfuncional.* No se ha aportado ningún dato adicional sobre estos individuos. ¿Tienen los pacientes que no sufren duelo disfuncional algunas características de personalidad distintas, como resiliencia, o reciben unas intervenciones sanitarias distintas en el momento de la pérdida? ¿Qué sugieren los datos de estos individuos sobre el afrontamiento de una pérdida mantenida?

Otro concepto que se debería aclarar es la progresión del duelo disfuncional. Aunque se describe que puede progresar, ¿cómo lo hace o se considera patológica esta progresión?

Está indicado aclarar las categorías de las estrategias de manejo interno. Los revisores no tienen claro en qué se diferencian las estrategias orientadas por problemas y cognitiva. Tampoco se describen con claridad las estrategias cognitivo- emotiva, emocional e interpersonal. Existe un evidente solapamiento entre el manejo interno y externo cuando se emplea la palabra *interpersonal* para describir la búsqueda de ayuda profesional.

Sencillez

El modelo teórico del duelo disfuncional (fig. 31.1) potencia la comprensión de la relación entre las variables. Con este modelo, está claro que el duelo disfuncional es cíclico, generalizado y potencialmente progresivo. Además, con los subconceptos de tratamiento interno frente a externo y tratamiento ineficaz frente a eficaz, está claro qué tipo de evaluación y hasta qué punto una intervención adecuada de las enfermeras y otros profesionales sanitarios sería mejor para evitar que el duelo disfuncional fuera progresivo. Con un número limitado de variables definidas, la teoría es concisa y de fácil comprensión. Como teoría de nivel medio, es útil para el diseño de la investigación y como guía para la práctica.

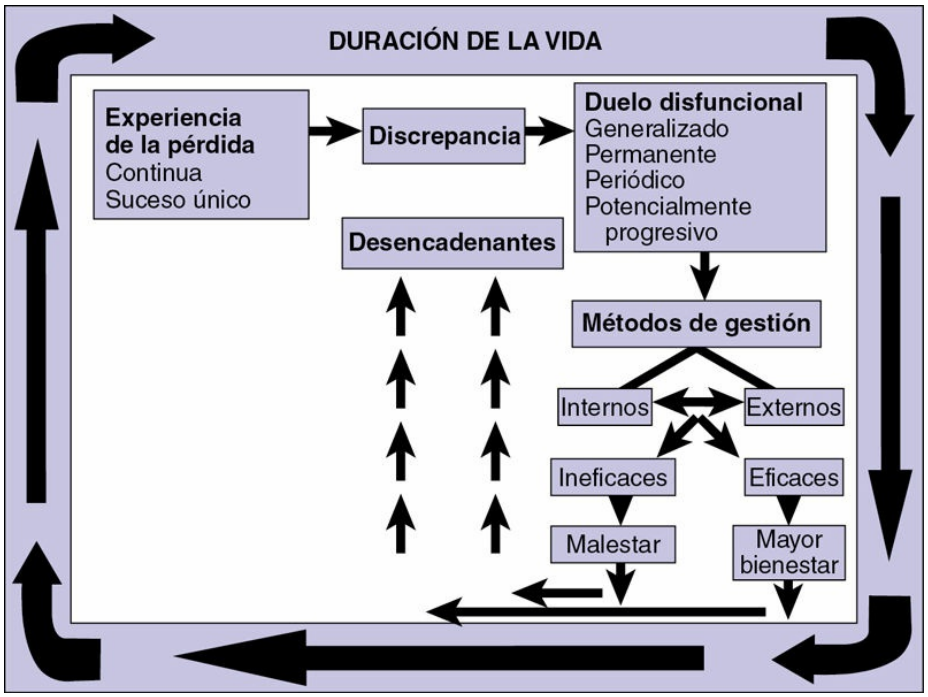


FIGURA 31.1 Modelo teórico del duelo disfuncional.

(Tomado de Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. [1998]. Middle-range theory of chronic sorrow. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 30*[2], 180.)

Generalidad

El concepto de duelo disfuncional empezó con el estudio de padres de niños con un defecto físico o cognitivo. Las teóricas del NCRCS, a través de sus pruebas empíricas generadas, ampliaron la teoría para incluir diversas experiencias de pérdida. La teoría se aplica claramente a un amplio abanico de pérdidas, y es aplicable al individuo afectado, además de a los cuidadores y a quienes han perdido a un ser querido. Además, la teoría es útil para diversos profesionales sanitarios. Con estos conceptos, se capta la naturaleza excepcional de la experiencia con la amplitud de conceptos como el de desencadenantes. Los desencadenantes y las estrategias de gestión son exclusivas de la situación individual y, por tanto, permiten la aplicación a diversas situaciones.

Precisión empírica

Como es característico de una teoría de nivel medio, el limitado alcance permite a los investigadores estudiar el fenómeno. Con un

número limitado de variables y relaciones definidas entre las variables, los investigadores pueden generar hipótesis relacionadas con el estudio de intervenciones de enfermería que favorecen estrategias eficaces para la gestión del duelo disfuncional. Estos estudios de resultados proporcionan y se añaden a la base de la práctica basada en la evidencia.

Puesto que la teoría deriva de pruebas empíricas, tiene una clara utilidad para investigaciones futuras. La clara definición del duelo disfuncional permite estudiar a individuos con diversas pérdidas y situaciones de pérdida que suelen causar un duelo disfuncional. En su estudio de individuos que habían perdido a un ser querido, Eakes et al. (1999) identificaron síntomas de duelo disfuncional en la mayoría de ellos. Mediante estudios adicionales los investigadores pueden desarrollar herramientas de evaluación para la práctica clínica.

Consecuencias derivadas

Como consecuencia de este gran volumen de investigación, el duelo disfuncional es un fenómeno ampliamente aceptado, como lo evidencia su inclusión en los diagnósticos de la NANDA-I. Las enfermeras y otros profesionales de la salud han validado su experiencia con la pérdida en la clínica. Por consiguiente, los profesionales sanitarios pueden normalizar la experiencia. Como afirmó Eakes, «el duelo disfuncional es como la experiencia del embarazo, es un proceso normal en el que los sujetos pueden beneficiarse de la guía y el apoyo de los profesionales sanitarios» (Eakes, comunicación personal, mayo de 2012). Eakes afirmó que esta experiencia es única para cada individuo y situación.

Resumen

La pérdida es una experiencia común a todos los individuos. Esta teoría de nivel medio describe el fenómeno del duelo disfuncional como una respuesta normal a la discrepancia continua creada por la pérdida. Se describen los principales conceptos que incluyen discrepancias, desencadenantes y estrategias de gestión (internas y externas). Se describen las fuentes teóricas y las pruebas empíricas. El capítulo muestra pruebas de que la teoría es aceptada y utilizada

en la práctica, en la formación y en la investigación. Enfermeras y profesionales de otras disciplinas citan la teoría en foros internacionales. Se presentan sugerencias para una investigación y desarrollo posterior. Una extensa crítica describe la claridad de los conceptos y la sencillez y utilidad de la teoría para la investigación basada en la evidencia.

Caso clínico

Susan Jones es una mujer de 21 años con una lesión medular desde los 14 años por un accidente de submarinismo. Es tetrapléjica y acude a una universidad local. Su madre, Mary Jones, es su principal cuidadora. La señora Jones tiene dificultades para dormir y sufre cefaleas frecuentes. Como enfermera, usted sospecha que la señora Jones podría tener duelo disfuncional.

Con el Burke/NCRCS Chronic Sorrow Questionnaire (versión para cuidadores) como guía para la entrevista, encuentra pruebas de duelo disfuncional (Eakes, 1995). La señora Jones describe frecuentes sensaciones de estar desbordada. Explica que, a veces, se enfada y se desconsuela al ver que su hija nunca tendrá una vida normal. Indica que tiene estos sentimientos repetidamente desde el accidente de su hija. Además, dice que no ve un final a sus responsabilidades como cuidadora. Estos sentimientos son más fuertes cuando los hijos de sus amigas se casan y encuentran trabajo fuera de casa. Hace frente a estos sentimientos intentando centrarse en lo positivo (su hija está viva y sus hijos están bien) y hablando con sus amigos íntimos.

Tranquiliza a la señora Jones diciéndole que no está sola en esta situación y que es normal tener estos sentimientos. Durante la entrevista, descubre que la señora Jones no ha buscado ayuda profesional. Ella le dice que se encuentra mejor porque es la primera vez que un profesional de la salud le ha preguntado acerca de sus sentimientos. Junto con la señora Jones usted empieza a buscar estrategias para darle un respiro y también un asesor de salud mental para que le ayude periódicamente a hacer frente al duelo disfuncional.

Actividades de pensamiento crítico

1. Utilizando la teoría de nivel medio del duelo disfuncional como marco, idee una o más hipótesis sobre padres de niños con diabetes de tipo 1 que acuden o no a un grupo de apoyo.
2. La incorporación a un grupo de apoyo es solo una de las posibles estrategias de ayuda para los individuos que sufren duelo disfuncional. ¿Qué medidas de resultados o evaluación de objetivos utilizaría para validar la eficacia de estas intervenciones?
3. Compare la teoría de rango medio del duelo disfuncional con los estadios de duelo de Kubler-Ross o la teoría de la pérdida de Bowlby y distíngalas.
4. Describa la experiencia de tres individuos con un trastorno crónico, como la esclerosis múltiple. ¿Cree que las afirmaciones teóricas de la teoría de rango medio del duelo disfuncional se pueden aplicar en estas situaciones? Razone su respuesta.

Referencias para ampliar conocimientos

- Eakes, G. G. (2013). Chronic sorrow. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (3rd ed., pp. 96–107). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eakes, G. G., & Burke, M. L. (2002). Development and validation of the Burke/Eakes chronic sorrow assessment tool. Datos sin procesar no publicados.
- Kendall, L. C. (2005). The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall Chronic Sorrow Instrument. (Tesis doctoral.) Disponible en la base de datos ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No. 3196497.)

Bibliografía

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care*. 9th ed.) St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2013.

Ahlström G. Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Nursing and Health Care of Chronic Illness*. 2007;16(3a):76–83.

Blair, M.B. (2010). *Quality of life despite back pain: A phenomenological study*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 807680746.)

Bowes S, Lowes L, Warner J, Gregory JW. Chronic sorrow in parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(5):992–1000.

Burke, M.L. (1989). *Chronic sorrow in mothers of school-age children with a myelomeningocele disability*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 303665862.)

Burke ML, Eakes GG, Hainsworth MA. Milestones of chronic sorrow: Perspectives of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. *Journal of Family Nursing*. 1999;5(4):374–387.

Carpenito-Moyet LJ. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. 13th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Casale, A. (2009). *Distinguishing the concept of chronic sorrow from standard grief: An empirical study of infertile couples.* (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses* database. (UMI No. MSTAR_304960139.)

Collins, R.C. (2008). *Raising an autistic child: Subjective experiences of fathers.* (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses* database. (UMI No. MSTAR_89286533.)

Davis, K.L. (2006). *The dynamic factors of chronic sorrow on the life experience of the caregivers of children with chronic mental illness*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 304937755.)

Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia: F. A. Davis; 2016.

Doka KJ. Grief and dementia. In: Doka KJ, ed. *Living with grief: Alzheimer's disease*. Washington, DC: Hospice Foundation of America; 2004:169–175.

Doornbos MM. The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 1997;35(9):22–26.

Drench ME. Loss, grief, and adjustment: A primer for physical therapy, part I. *PT: Magazine of Physical Therapy*. 2003;11(6):50–52: 54-61.

Eakes GG. Chronic sorrow: A response to living with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1993;20(9):1327–1334.

Eakes GG. Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1995;9(2):77–84.

Eakes GG. Chronic sorrow. In: Peterson SJ, Bredow TS, eds. *Middle range theories: Application to nursing research*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott

Williams & Wilkins; 2013:96–107.

Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA. Middle-range theory of chronic sorrow. *Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(2):179–184.

Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA. Chronic sorrow: The experiences of bereaved individuals. *Illness, Crisis & Loss*. 1999;7(2):172–182.

Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA, Lindgren CL. Chronic sorrow: An examination of nursing roles. In: Funk SG, Tornquist E, Champagne MT, eds. *Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and home*. New York: Springer; 1993:231–236.

Erlandsson K, Saflund K, Wredling R, Rådestad I. Support after stillbirth and its effect on parental grief over time. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 2011;7(2):139–152.

Freedberg, R.P. (2011). *Living with bipolar disorder: A qualitative investigation*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertation and Theses database*. (UMI No. 900443417.)

Gedaly-Duff V, Stoger S, Shelton K. Working with families. In: Nickel RE, Desch LW, eds. *The physicians' guide to caring for children with disabilities and chronic conditions*. Baltimore: Paul H. Brookes; 2000:31–75.

Glenn AD. Using online health communication to manage chronic sorrow: Mothers of children with rare diseases speak. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015;30(1):17–24.

Golden, B.A. (1994). *The presence of chronic sorrow in mothers of children with cerebral palsy*. (Unpublished master's thesis.) University of Arizona, Tempe, Arizona.

Gordon J. An evidence-based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow. *Pediatric Nursing*. 2009;35(2):115–119.

Hainsworth MA. Living with multiple sclerosis: The experience of chronic sorrow. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1994;26(4):237–240.

Hainsworth MA. Helping spouses with chronic sorrow related to multiple sclerosis. *Journal of Gerontological Nursing*. 1995;21(7):29–33.

Hainsworth MA, Burke ML, Lindgren CL, Eakes GG. Chronic sorrow in multiple sclerosis: A case study. *Home Healthcare Nurse*. 1993;11(2):9–13.

Hainsworth MA, Busch PV, Eakes GG, Burke ML. Chronic sorrow in women with chronically mentally disabled husbands. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 1995;1(4):120–124.

Hainsworth MA, Eakes GG, Burke ML. Coping with chronic sorrow. *Issues in Mental Health Nursing*. 1994;15(1):59–66.

Harris DL, Gorman E. Grief from a broader perspective: Nonfinite loss, ambiguous loss, and chronic sorrow. In: Harris DL, ed. *Counting our losses: Reflecting on change, loss, and transition in everyday life*. New York:

Routledge/Taylor & Francis Group; 2011:1–13.

Hobdell E. Chronic sorrow and depression in parents of children with neural tube defects. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2004;36(2):82–88: 94.

Hobdell EF, Grant ML, Valencia I, et al. Chronic sorrow and coping in families of children with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2007;39(2):76–82.

Hunter, S.E. (2010). *The emotional and interpersonal aspects of fertility damage and/or premature menopause from cancer treatments*. (Unpublished doctoral dissertation.) University of Auckland, New Zealand. Retrieved from https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/6870.

Ingram D, Hutchinson SA. Defensive mothering in HIV-positive mothers. *Qualitative Health Research*. 1999;9(2):243–258.

Isaksson AK, Ahlström G. Managing chronic sorrow: Experiences of patients with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2008;40(3):180–191.

Isaksson AK, Gunnarsson LG, Ahlström G. The presence and meaning of chronic sorrow in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(11c):315–324.

Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Meridean M, Swanson E. *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supporting critical reasoning and quality care*. St Louis, MO: Elsevier Mosby; 2011.

Joseph HA. Recognizing chronic sorrow in the habitual ED patient. *JEN: Journal of Emergency Nursing*. 2012;38(6):539–540.

Kelly, M.D. (2010). *Factors that influence the utilization of primary care for children with special health care needs*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 366434499.)

Kendall, L.C. (2005). *The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall Chronic Sorrow Instrument*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 3196497.)

Kerr SL. A case study on Walker-Warburg syndrome. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*. 2010;10(1):21–24.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.

Lichtenstein B, Laska MK, Clair JM. Chronic sorrow in the HIV-positive patient: Issues of race, gender, and social support. *AIDS Patient Care and STDs*. 2002;16(1):27–38.

Liedstrom E, Isaksson A, Ahlström G. Chronic sorrow in next of kin of patients with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2008;40(5):304–311.

Lindgren CL. Chronic sorrow in persons with Parkinson's and their spouses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1996;10(4):351–370.

Lindgren CL, Burke ML, Hainsworth MA, Eakes GG. Chronic sorrow: A lifespan concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1992;6(1):27–42.

Lowes L, Lyne P. Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: A review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(1):41–48.

Mallow GE, Bechtel GA. Chronic sorrow: The experience of parents with children who are developmentally disabled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1999;37(7):31–35: 42–43.

Maltby HJ, Kristjanson L, Coleman ME. The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*. 2003;9(6):368–373.

Marcella-Brienza S. Back to work: Manager support of nurses with chronic sorrow. *Creative Nursing*. 2015;21(4):206–210.

Masterson, M.K. (2010). *Chronic sorrow in mothers of adult children with cerebral palsy: An exploratory study*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 597186156.)

Mawn BE. The changing horizons of U. *S. families living with pediatric HIV. Western Journal of Nursing Research*. 2012;34(2):213–229.

Meleski DD. Families with chronically ill children: A literature review examines approaches to helping them cope. *American Journal of Nursing*. 2002;102(5):47–54.

Melnyk BM, Feinstein NF, Moldenhouer Z, Small L. Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*. 2001;27(6):548–558.

Mercer CJ. The impact of non-motor manifestations of Parkinson's disease on partners: Understanding and application of chronic sorrow. *Journal of Primary Health Care*. 2015;7(3):221–227.

Monsson, Y. (2010). *The effects of hope on mental health and chronic sorrow in parents of children with autism spectrum disorder*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. MSTAR_815245239.)

Nanda I. *Nursing diagnoses definitions and classification 2012-2017*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2014.

Neilsen, C.M. (2013). *Chronic sorrow and illness ambiguity in caregivers of children with sickle cell disease*. Available from *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (No. 1491386440.)

Nikfarid L, Rassouli M, Borilmnejad L, Alavimajd H. Chronic sorrow in mothers of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology*.

2015;32(5):314–319.

Northington LK. Chronic sorrow in caregivers of school age children with sickle cell disease: A grounded theory approach. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2000;23(3):141–154.

Olshansky S. Chronic sorrow: A response to a mentally defective child. *Social Casework*. 1962;43:191–193.

Olwit C, Musisi S, Leshabari S, Sany I. Chronic sorrow: Lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika mental hospital, Kampala, Uganda. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(1):43–48.

Parrish, R.N. (2010). *Mothers' experiences raising children who have multiple disabilities and their perceptions of the chronic sorrow phenomenon*. (Unpublished doctoral dissertation.) University of North Carolina, Greensburg.

Patrick-Ott A, Ladd LD. The blending of boss's concept of ambiguous loss and Olshansky's concept of chronic sorrow: A case study of a family with a child who has significant disabilities. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2010;5(1):74–86.

Pejlert A. Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: Parents' narratives. *Health and Social Care in the Community*. 2001;9(4):194–204.

Pesut DJ, Herman J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice: Outcome-Present State-Test. *Nursing Outlook*. 1998;46(1):29–36.

Rossheim BN, McAdams CRI. Addressing the chronic sorrow of long-term spousal caregivers: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*. 2010;88(4):477–482.

Scornaienchi JM. Chronic sorrow: One mother's experience with two children with lissencephaly. *Journal of Pediatric Health Care*. 2003;17(6):290–294.

Shumaker, D. (1995). *Chronic sorrow in mothers of children with cystic fibrosis*. (Unpublished master's thesis.) University of Tennessee, Memphis.

Smith CS. Coping strategies of female victims of child abuse in treatment for substance abuse relapse: Their advice to other women and healthcare professionals. *Journal of Addictions Nursing*. 2007;18(2):75–80.

Smith CS. Substance abuse, chronic sorrow, and mothering loss: Relapse triggers among female victims of child abuse. *Journal of Pediatric Nursing*. 2009;24(5):401–412.

Vitale SA, Falco C. Children born prematurely: Risk of parental chronic sorrow. *Journal of Pediatric Nursing*. 2014;29(3):248–251.

Wee, D. (2010). *Acceptability of Stepping Stones Triple P Parenting Program as*

well as the experience of chronic sorrow and use of coping strategies among parents of children with cerebral palsy: A focus group and survey study. (Unpublished doctoral dissertation.) University of Queensland, Australia. Retrieved from http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:222537.

Whittingham K, Wee D, Sanders MR, Boyd R. Predictors of psychological adjustment, experienced parenting burden and chronic sorrow symptoms in parents of children with cerebral palsy. *Child: Care, Health & Development*. 2013;39(3):366–373.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Eakes GG. Chronic sorrow. In: Peterson SJ, Bredow TS, eds. *Middle range theories: Application to nursing research*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013:96–107.

Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA, Lindgren CL. Chronic sorrow: An examination of nursing roles. In: Funk SG, Tornquist E, Champagne MT, eds. *Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and home*. New York: Springer; 1993:231–236.

Artículos de revistas

Burke ML, Eakes GG, Hainsworth MA. Milestones of chronic sorrow: Perspectives of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. *Journal of Family Nursing*. 1999;5(4):374–387.

Burke ML, Hainsworth MA, Eakes GG, Lindgren CL. Current knowledge and research on chronic sorrow: A foundation for inquiry. *Death Studies*. 1992;16(3):231–245.

Eakes GG. Chronic sorrow: A response to living with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1993;20(9):1327–1334.

Eakes GG. Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1995;9(2):77–84.

Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA. Middle-range theory of chronic sorrow. *Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(2):179–184.

Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA. Chronic sorrow: The experiences of bereaved individuals. *Illness, Crisis & Loss*. 1999;7(2):172–182.

Eakes GG, Burke ML, Hainsworth MA, Lindgren CL. Chronic sorrow: An examination of nursing roles. In: Funk SG, Tornquist E, Champagne MT,

eds. *Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and home*. New York: Springer; 1993:231–236.

Eakes GG, Hainsworth ME, Lindgren CL, Burke ML. Establishing a long-distance research consortium. *Nursing Connections*. 1991;4(1):51–57.

Hainsworth MA. Living with multiple sclerosis: The experience of chronic sorrow. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1994;26(4):237–240.

Hainsworth MA. Helping spouses with chronic sorrow related to multiple sclerosis. *Journal of Gerontological Nursing*. 1995;21(7):29–33.

Hainsworth MA, Busch PV, Eakes GG, Burke ML. Chronic sorrow in women with chronically mentally disabled husbands. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 1995;1(4):120–124.

Hainsworth MA, Burke ML, Lindgren CL, Eakes GG. Chronic sorrow in multiple sclerosis: A case study. *Home Healthcare Nurse*. 1993;11(2):9–13.

Hainsworth MA, Eakes GG, Burke ML. Coping with chronic sorrow. *Issues in Mental Health Nursing*. 1994;15(1):59–66.

Lindgren CL. Chronic sorrow in persons with Parkinson's and their spouses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1996;10(4):351–370.

Lindgren CL, Burke ML, Hainsworth MA, Eakes GG. Chronic sorrow: A lifespan concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1992;6(1):27–42.

Tesis doctorales

Burke, M. L. (1989). *Chronic sorrow in mothers of school-age children with a myelomeningocele disability*. (Doctoral dissertation, Boston University.) *Dissertation Abstracts International*, 50, 233-234B.

Burke, M. L. (1989). *Chronic sorrow in mothers of school-age children with a myelomeningocele disability*. (Doctoral dissertation, Boston University.) *Dissertation Abstracts International*, 50, 233-234B.

Fuentes secundarias

Libros

Roos S. *Chronic sorrow: A living loss*. New York: Brunner-Routledge; 2002.

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2011.

Capítulos de libros

Roos S. The long road to relevance: Disability, chronic sorrow, and shame. In: Kauffman J, ed. *The shame of death, grief and trauma*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2010:171–197.

Artículos de revistas

Breen LJ. Early childhood service delivery for families living with childhood disability: Disabling families through problematic implicit ideology. *Australasian Journal of Early Childhood*. 2009;34(4):14–21.

Churchill SS, Villareale NL, Monaghan TA, Sharp VL, Kieckhefer GM. Parents of children with special health care needs who have better coping skills have fewer depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*. 2010;14(1):47–57.

Kohlenberg E, Kennedy-Malone L, Crane P, Letvak S. Infusing gerontological nursing content into advanced practice nursing education. *Nursing Outlook*. 2007;55(1):38–43.

Richardson M, Cobham V, Murray J, McDermott B. Parents' grief in the context of adult child mental illness: A qualitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011;14(1):28–43.

Whittingham K, Wee D, Boyd R. Systematic review of the efficacy of parenting interventions for children with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*. 2011;37(4):475–483.

Zucker DM, Dion K, McKeever RP. Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(4):751–767.

Tesis doctorales

Blair, M. B. (2010). *Quality of life despite back pain: A phenomenological study*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 807680746.)

Casale, A. (2009). *Distinguishing the concept of chronic sorrow from standard grief: An empirical study of infertile couples.* (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. MSTAR_304960139.)

Collins, R. C. (2008). *Raising an autistic child: Subjective experiences of fathers*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. MSTAR_89286533.)

Davis, K. L. (2006). *The dynamic factors of chronic sorrow on the life experience of the caregivers of children with chronic mental illness*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 304937755.)

Freedberg, R. P. (2011). *Living with bipolar disorder: A qualitative investigation*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertation and Theses database*. (UMI No. 900443417.)

Harris DL, Gorman E. Grief from a broader perspective: Nonfinite loss, ambiguous loss, and chronic sorrow. In: Harris DL, ed. *Counting our losses: Reflecting on change, loss, and transition in everyday life*. New York:

Routledge/Taylor & Francis Group; 2011:1–13.

Hunter, S. E. (2010). *The emotional and interpersonal aspects of fertility damage and/or premature menopause from cancer treatments*. (Unpublished doctoral dissertation.) University of Auckland, New Zealand. Retrieved from https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/6870.

Kelly, M. D. (2010). *Factors that influence the utilization of primary care for children with special health care needs*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 366434499.)

Kendall, L. C. (2005). *The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall Chronic Sorrow Instrument*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No.3196497.)

Masterson, M. K. (2010). *Chronic sorrow in mothers of adult children with cerebral palsy: An exploratory study*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses* database). (UMI No. 597186156.)

Monsson, Y. (2010). *The effects of hope on mental health and chronic sorrow in parents of children with autism spectrum disorder*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. MSTAR_815245239.)

Neilsen, C. M. (2013). *Chronic sorrow and illness ambiguity in caregivers of children with sickle cell disease*. Available from *ProQuest Dissertations and Theses Global*. (No. 1491386440).

Northington, L. D. K. (1998). *Chronic sorrow in caregivers of school age children with sickle cell disease: A grounded theory approach*. (Doctoral dissertation.) Available from *ProQuest Dissertations and Theses database*. (UMI No. 304479701.)

Parrish, R. N. (2010). *Mothers' experiences raising children who have multiple disabilities and their perceptions of the chronic sorrow phenomenon*. (Unpublished doctoral dissertation.) University of North Carolina, Greensburg.

Wee, D. (2010). *Acceptability of Stepping Stones Triple P Parenting Program as well as the experience of chronic sorrow and use of coping strategies among parents of children with cerebral palsy: A focus group and survey study*. (Unpublished doctoral dissertation.) University of Queensland, Australia. Retrieved from http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:222537.

[*] Créditos de la fotografía: Center for Health Sciences Communication, Brody School of Medicine, East Carolina University, Greenville, NC.

[†] Créditos de la fotografía: Olan Mills Portrait Studio, Centerdale, RI.

[‡] Créditos de la fotografía: Shawn Hainsworth, Nueva York.

32

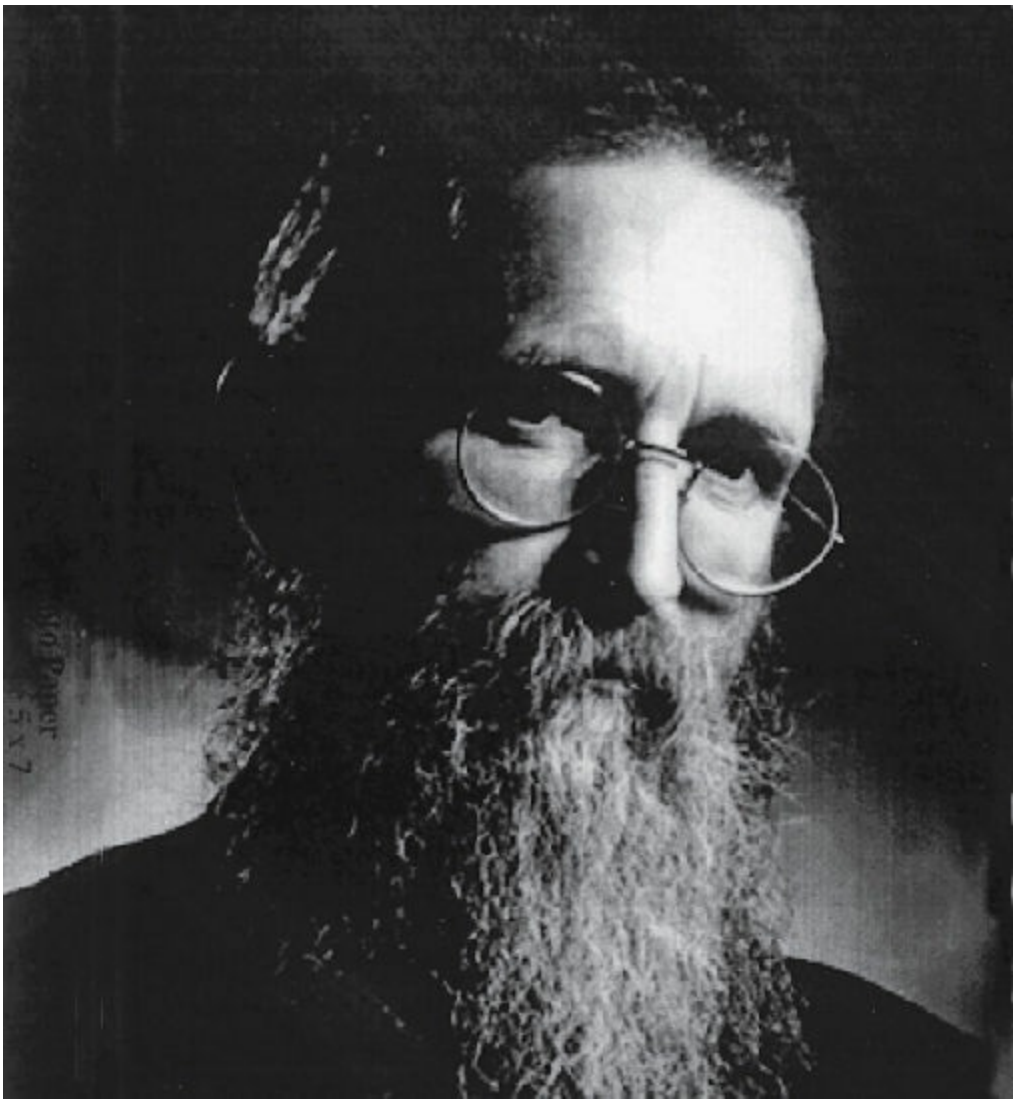
Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental

Nancy Brookes

«Las enfermedades mentales o los trastornos psiquiátricos son "problemas de la vida humana": las personas encuentran que es difícil vivir consigo mismas o vivir con otros en el mundo social. Una idea simple que se complica cuando intentamos comprometernos con ello. Las enfermeras intentan ayudar a las personas a abordar estos problemas para vivir, en un intento de sobrevivir con ellos. Otra simple idea que se complica a nivel de la práctica. Todo es paradoja. Si una persona tiene que "cuidar" de otra, lo primero que debe hacer es encontrar a dicha persona. Cabe anticipar que esto cause sorpresa, incluso frustración.

»Para ayudar a otra persona a "crecer y desarrollarse" –que es la esencia de la función de enfermería– en primer lugar debe encontrar "a la persona". Esta "aproximación" es necesaria para que la enfermera comprenda las necesidades de la persona y esta pueda apreciar en qué forma aquella puede ayudarla.»

(Barker, comunicación personal, abril de 2016)



Phil Barker

Acreditaciones y antecedentes

Phil Barker nació en Escocia, cerca del mar y, por tanto, así empezó la influencia y su interés por el agua, la metáfora fundamental de la vida (Barker, 1996a). Atribuye a su padre y a su abuelo su lema «el calor de la educación y la disciplina de los límites», que lo ayudaron a apreciar que «la vida era una respuesta a la espera de la pregunta correcta» e, igual que ellos, llegó a ser filósofo (Barker, 1999b, pág. xii). La vida en este contexto contribuyó a su evidente e imperecedera curiosidad y a su interés por la filosofía del día a día. Barker se formó como pintor y escultor a mediados de los años sesenta y sigue pintando cuadros de palabras en metáfora. Barker

atribuye a la escuela de arte su introducción en el aprendizaje de la realidad, la realidad de la experiencia, que fue el centro de sus investigaciones filosóficas. Su fascinación por las filosofías orientales, que se inició en la escuela de arte, fluye a través del modelo de la marea con ecos de caos, incertidumbre, cambio y la idea china de la crisis como una oportunidad. Esta implicación inicial en las artes también ayuda a explicar la visión de la enfermería de Barker como el arte de cuidar (Barker, 2000c, 2000e; Barker y Whitehill, 1997). Después de un lapso de más de 30 años, Barker retomó la pintura en 2006 y se ha convertido en un artista reconocido y laureado.

Su océano de experiencia tomó un nuevo rumbo en 1970, cuando ocupó un cargo como auxiliar en el psiquiátrico local. Su fascinación por la dimensión humana, la experiencia vivida y las historias de personas con estrés emocional le llevaron a trasladar su interés por las artes y las humanidades a la *enfermería*. Poco después de su diplomatura en 1974, Barker empezó a estudiar y a poner en práctica varias psicoterapias como la terapia conductual cognitiva y la terapia familiar y de grupo. Su investigación doctoral, iniciada en 1980, presentó un trabajo conductual cognitivo con un grupo de mujeres que vivían con depresión (Barker, 1987). Sin embargo, hacia esta época, Barker comenzó a sentirse incómodo con la aplicación de terapias en personas que experimentaban problemas con su forma de vida, y en su interior reemergió el «principio de incertidumbre». Su curiosidad acerca de la vida y los individuos suscitó preguntas sobre la resistencia y la integridad de las personas con las cuales trabajaba. En lugar de limitarse a «cuidarlas» o «tratarlas», aprendió lo que llevaba a que esas personas padecieran su sufrimiento. Se preguntó qué significaba para ellas la recuperación. Reaparecieron preguntas en torno a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué es ser una persona?
- ¿Cuál es el objetivo adecuado de la enfermería?
- ¿Para qué son necesarias las enfermeras?

Mientras fue catedrático de la Psychiatric Nursing Practice en la University of Newcastle, cargo que asumió en 1993, estas cuestiones

conformaron su agenda de investigación y culminaron el desarrollo del modelo de la marea. Como primer profesor de Práctica de Enfermería Psiquiátrica en el Reino Unido, Barker rompió el convencional molde «académico» al mantener su implicación en la práctica que lo llevó directamente al desarrollo del modelo de la marea. A lo largo de su carrera como enfermero, Barker se ha cuestionado acerca del enfoque adecuado de la enfermería psiquiátrica y el papel del cuidado, la compasión, la comprensión y el valor para ayudar a las personas que están experimentando un sufrimiento extremo, la pérdida del yo o una crisis espiritual (Barker, 1999b). La teoría del conocimiento es la base del modelo de la marea.

Barker ha publicado sobre temas relacionados con la enfermería de salud mental y la psiquiatría desde 1978. Prolífico autor, ha publicado 19 libros, más de 50 capítulos de libros y más de 150 artículos. En 2006 se convirtió en el primer ganador del «Premio a los Logros de una Vida» de las revistas Blackwell, editora del *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, revista de la que ha sido director adjunto durante una década. Barker ha sido profesor visitante en universidades internacionales en Australia (Sídney), Europa (Barcelona) y Japón (Tokio), y en el Trinity College de Dublín entre 2002 y 2007. Actualmente es profesor honorario de la University of Dundee en Escocia y trabaja como psicoterapeuta privado.

Con su mujer y compañera profesional, Poppy Buchanan-Barker, Barker ha dirigido talleres y seminarios centrados en la recuperación en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Japón, Finlandia, Dinamarca, Turquía, Alemania, Irlanda y el Reino Unido. Han desarrollado aún más el paradigma de recuperación en la Clan Unity, su consultoría internacional sobre recuperación mental en Escocia.

Fuentes teóricas

El modelo de la marea se centra en los procesos fundamentales de los cuidados de enfermería, es aplicable a nivel universal y es una guía práctica para la enfermería psiquiátrica y de salud mental (Barker, 2001b). La teoría es radical en su reconceptualización de los

problemas de salud mental además de inequívocamente *humana*, más que psicológica, social o física (Barker, 2002b). El modelo de la marea «destaca la importancia central de desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo en colaboración, desarrollar una relación terapéutica a través de métodos diferenciados de delegación de poder activo, establecer la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria» (Barker, 2000e, pág. 4). Tiene por objeto la búsqueda de resolución de problemas y la promoción de la salud mental a través de métodos narrativos (Stevenson, Barker y Fletcher, 2002).

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación de la salud mental. No es un modelo de asistencia o tratamiento de la enfermedad mental, aunque las personas descritas como mentalmente enfermas necesitan y reciben cuidados. El modelo de la marea es una visión del mundo que ayuda a la enfermera a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona y cómo se puede ayudar a la persona para iniciar el complejo viaje de la recuperación. El modelo de la marea no es prescriptivo, sino más bien un grupo de principios, los 10 compromisos de la marea, que son la brújula metafórica para el profesional (Buchanan-Barker y Barker, 2005, 2008). Orientan a la enfermera en el desarrollo de respuestas para cumplir las necesidades individuales y contextuales de la persona que ahora es el paciente. La experiencia del malestar psíquico siempre se describe en términos metafóricos. El modelo de la marea emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar para representar los aspectos conocidos del estrés humano. El agua es «la metáfora central de la experiencia vivida de la persona… y el sistema de cuidados que automodela la persona con la ayuda de las enfermeras» (Barker, 2000e, pág. 10).

Barker describe un «interés temprano por el contenido humano del malestar psíquico… y un interés por la experiencia humana (fenomenológica) del malestar», que se contempla en contextos y como un todo, más que como partes aisladas (Barker, 1999b, pág. 13). La naturaleza «total» del ser humano está «representada por los planos físico, emocional, intelectual, social y espiritual» (Barker, 2002b, pág. 233). Este interés fenomenológico domina el

modelo de la marea con un énfasis en la experiencia vivida de las personas, sus historias (repletas de metáforas) y las intervenciones narrativas. Las enfermeras cumplen e interaccionan cuidadosa y sensiblemente con personas en un «espacio sagrado» (Barker, 2003a, pág. 613).

Una característica de la práctica de la enfermería de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones colaboradoras genuinas con usuarios de servicios de salud mental. En los años ochenta desarrolló el concepto de cuidar personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más mutua que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau (1969). Barker desarrolló este concepto durante los años noventa en una relación laboral con la Dra. Irene Whitehill y otros que utilizaban los servicios de salud mental (Barker y Whitehill, 1997). Este trabajo le llevó a estudios de necesidad de enfermería y delegación de poder, además del compromiso de publicar las historias de la experiencia de locura de las personas y su viaje a la recuperación, junto con los significados personales y espirituales (Barker y Buchanan-Barker, 2004b; Barker, Campbell y Davidson, 1999; Barker, Jackson y Stevenson, 1999a). Barker consiguió el apoyo de la Dra. Whitehill y otros consultores de usuarios y consumidores para evaluar si los procesos originales del modelo de la marea eran fáciles de utilizar. Esto es una característica distintiva del desarrollo continuo del modelo de la marea.

El prolongado interés de Barker por las filosofías orientales domina su trabajo. El trabajo de Shoma Morita es un ejemplo concreto de cómo las suposiciones filosóficas del budismo zen se integraron en la psicoterapia (Morita et al., 1998). La máxima de Morita, «haz lo que tengas que hacer», resuena en muchas de las actividades prácticas del modelo de la marea. En contraste con el estilo de resolución de problemas de los occidentales, Morita creía que lo importante debería ser dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es mi objetivo en la vida?
- ¿Qué debe hacerse ahora?

Las personas tienen la capacidad de vivir y crecer a través del

estrés, haciendo lo que tienen que hacer. En personas con un estrés agudo, especialmente con riesgo para ellos mismos y los demás, es importante que las enfermeras se relacionen directamente con la experiencia continua de la persona. Originalmente, Barker llamó a este proceso **compromiso,** pero ha redefinido el proceso interpersonal específico como **puente,** un proceso humano de apoyo necesario para llegar a las personas que sufren. Este término hace hincapié en la necesidad de construir, de forma creativa, un medio para llegar a la persona, cruzando las aguas turbias del malestar psíquico en el proceso (Barker y Buchanan- Barker, 2004b).

El modelo de la marea puede verse a través de la lente del constructivismo social, reconociendo que existen múltiples formas para comprender el mundo. El significado emerge a través de las complejas redes de interacción, relaciones y procesos sociales. El conocimiento no es independiente del conocedor, y todo el conocimiento está ubicado (Stevenson, 1996). El cambio es la única constante, dado que el significado y las realidades sociales se renegocian o construyen constantemente a través del lenguaje y la interacción. Barker cree que «todo lo que soy es historia: todo lo que podré ser alguna vez es historia». Cuando las personas intentan explicar a los demás *quiénes* son, explican historias sobre sí mismos y su mundo de experiencias, repasando, corrigiendo y reescribiendo estas historias a través del diálogo. Barker habló primero de esta idea en 1994 con su mentora, Hilda (Hildegard) Peplau, quien estuvo de acuerdo al decir «las personas se hacen a sí mismas a medida que hablan» (Barker, 2003a; Barker y Buchanan-Barker, 2007b).

Barker atribuye a muchos pensadores influencias en su trabajo, empezando por Annie Altschul y Thomas Szasz. Su percepción de los problemas de salud mental como *problemas vitales* y la futilidad de tratar de «resolver problemas de la vida» popularizada por Szasz (1961, 2000) y más tarde por Podvoll (1990), es una perspectiva que prefiere para la etiqueta diagnóstica y la construcción biomédica de persona y enfermedad (Barker, 2001c, pág. 215). «La vida no es un problema que deba solucionarse, pero es algo que debe vivirse, de forma tan inteligente, competente y tan bien como podamos, todos los días» (Miller, 1983, pág. 290). El reto de la enfermería es ayudar a las personas a vivir de forma

inteligente y competente.

El concepto de Travelbee (1969) del *uso terapéutico del yo* fluye a través del modelo de la marea y fija el objetivo propio de la enfermería. Las siguientes tres bases teóricas principales sustentan el modelo de la marea:

1. La teoría de las relaciones interpersonales de Peplau (1952, 1969).
2. La teoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental derivada de la necesidad de estudios de enfermería.
3. La delegación de poder en las relaciones interpersonales.

El acento pragmático en enfoques centrados en la solución y basados en la fuerza admite la importante influencia de la terapia centrada en la solución de De Shazer, aunque puede que no existan soluciones para los problemas de la vida, sino simplemente estrategias pragmáticas para vivir con tales problemas. La influencia de Webster y sus colaboradores, que introdujeron las ideas de De Shazer en la práctica de la enfermería, conformaron de forma significativa el desarrollo del modelo de la marea (Webster, Vaughn y Martinez, 1994). La influencia de De Shazer (1994) resulta evidente cuando los cambios e intervenciones «se reducen a historias sobre cómo contar historias, cómo se puede modelar y remodelar la historia para que los pacientes con problemas puedan cambiar la suya» (pág. xvii).

El modelo de la marea extrae su metáfora filosófica central de la teoría del caos, donde la «naturaleza imprevisible, aunque limitada, de la conducta y la experiencia humanas puede compararse con el flujo y el poder del agua» (Barker, 2000b, pág. 54). En flujo constante, las mareas van y vienen, y muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados (Vicenzi, 1994). Barker (2000b) reconoce la «complejidad del universo interno de la experiencia humana y del universo externo que está, paradójicamente, en y más allá del individuo, y al mismo tiempo» (pág. 52). En esta perspectiva compleja, no lineal, pequeños cambios crean cambios imprevisibles más adelante, un mensaje optimista que se dirige a las enfermeras y a las personas para identificar pequeños cambios y variaciones.

Barker invita a las enfermeras a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre. «Sabiendo que el cambio es constante», uno de los 10 compromisos del modelo de la marea identifica y celebra el cambio en personas, circunstancias, relaciones y organizaciones (Barker, 2003b; Buchanan-Barker y Barker, 2008).

Annie Altschul, «la *gran dama* de la enfermería psiquiátrica británica» (Barker, 2003a, pág. 12), junto con Hilda (Hildegard) Peplau, fue mentora de Barker. La influencia de Altschul, especialmente su apreciación inicial de la teoría de sistemas, se evidencia en el modelo de la marea, igual que su interés por el conocimiento más que por la explicación del malestar psíquico, y su creencia de que las personas necesitan ayudas más directas de lo que las teorías psiquiátricas sugieren. Barker atribuye a Peplau el llegar a ser «un defensor para la enfermería como es para esta una actividad terapéutica» (Barker, 2000a, pág. 617). Peplau introdujo su paradigma interpersonal para el estudio y la práctica de la enfermería durante los primeros años de los años cincuenta, y definió la enfermería como «un proceso significativo, terapéutico, interpersonal» (Peplau, 1952, pág. 16). Barker pone de relieve que las anotaciones de la historia deben ser registradas con la voz de la propia persona, avanzando así en la apreciación del proceso interpersonal de Peplau.

El marco de interacciones empíricas sugiere que es posible mejorar la situación y forma de vida de la persona, y que resulta mejor construir fortaleza que centrarse en los problemas. La colaboración es básica, la participación es la vía y la autorresolución es el principal objetivo (Barker y Buchanan- Barker, 2004a; Barker, Stevenson y Leamy, 2000). La base firme del modelo de la marea destaca la investigación y los resultados, y la identificación de recursos. La teoría integra la necesidad de Baker de estudios de enfermería, de colaboración, de delegación de poder, de relaciones interpersonales, de historia, de métodos basados en la fuerza y orientados a soluciones, y es sistémica. En la valoración holística, las enfermeras exploran los problemas o necesidades actuales de la persona, la escala de estos problemas o necesidades, qué hay en la vida actual de una persona que puede ayudar a resolver los problemas o cubrir las necesidades y qué debe ocurrir para que

tenga lugar un cambio (Barker, 2000e; Barker y Buchanan-Barker, 2007a). Las enfermeras ayudan a identificar y movilizar las fuerzas y recursos de la persona, los objetivos de la persona dirigen el trabajo del equipo sanitario (Barker, 2000e; Stevenson, Jackson y Barker, 2003). Es una reestructuración significativa de la imagen de la persona cuidada y el verdadero objetivo de la enfermería. Los 10 compromisos del modelo de la marea también apoyan esta perspectiva y dirección (cuadro 32.1).

Cuadro 32.1 Los 10 compromisos del modelo de la marea: valores esenciales del modelo de la marea

El modelo de la marea se inspira en los valores *respecto* a las personas que concentran nuestros esfuerzos por ayudar a los demás en su momento de malestar. Estos valores reflejan una filosofía de cómo esperaríamos que nos trataran si nos encontramos con un malestar o dificultad en nuestras vidas. A medida que más personas en el mundo han participado en la exploración del modelo de la marea para su trabajo en diferentes ámbitos, es más evidente la necesidad de reafirmar los valores fundamentales del modelo de la marea. Hemos llegado a apreciar que *tanto* el «cuidador» (sea profesional, un amigo o un compañero de viaje) *como* la persona tienen que asumir un *compromiso* para cambiar, que es lo que los une. Los *10 compromisos del modelo de la marea* destilan la esencia del valor base del modelo de la marea. Estos compromisos tienen que estar bien ubicados en cualquier equipo o profesional individual que quiera desarrollar la práctica del modelo de la marea.

1. **Valorar la voz:** la historia de la persona es el principio y el final de todo el proceso de ayuda; abarca no solo el relato del malestar de la persona, sino también la esperanza de su resolución. La historia se explica por la voz de la experiencia. Buscamos alentar la voz verdadera de la persona –más que reforzar la voz de la autoridad–.

Tradicionalmente, la historia de la persona es «traducida» a un relato profesional en tercera persona. Esto se convierte no

tanto en la historia de la persona (*mi* historia), sino en la visión de la historia del equipo profesional *(historia).* El modelo de la marea busca ayudar a las personas a desarrollar sus propios y singulares relatos narrativos en una versión formalizada de *«mi historia»*, asegurando que todas las valoraciones y registros de los cuidados se escriben en la «voz» de la propia persona. Si la persona no puede o no desea escribirlo por sí misma, la enfermera registra lo que han acordado conjuntamente que es importante –escribiéndolo en la «voz» de la persona–.

2. **Respetar el lenguaje:** las personas desarrollan formas únicas de expresar historias de su vida, representando a los demás lo que solo la persona puede saber. El lenguaje de la historia –completada con su gramática inhabitual y metáforas personales– es el medio ideal para iluminar el camino a la recuperación. Animamos a las personas a hablar con sus propias palabras, con su voz característica.

Las historias escritas sobre los pacientes por los profesionales se enmarcan tradicionalmente en un lenguaje técnico arcano de psiquiatría o psicología. Lamentablemente, las personas suelen describirse a sí mismas en el lenguaje exclusivo de los profesionales que las han diagnosticado. Al valorar –y al utilizar– el lenguaje natural de la persona, el profesional del modelo de la marea transmite el respeto más simple, aunque más potente, por la persona.

3. **Desarrollar la curiosidad genuina:** la persona escribe una historia de su vida, pero en ningún sentido es un «libro abierto». Nadie puede conocer la experiencia de otra persona. Por consiguiente, los profesionales deben expresar un interés genuino por la historia para que puedan entender mejor a quien explica la historia y la historia.

A menudo, los profesionales se interesan solo por «lo que está mal» en la persona o por buscar líneas concretas de examen profesional –por ejemplo, buscar «signos y síntomas»–. La curiosidad genuina refleja un interés por la persona y su experiencia única, a diferencia de simplemente clasificar y agrupar características.

4. **Convertirse en el aprendiz:** la persona es el experto mundial

en la historia de la vida. Los profesionales pueden aprender algo del poder de esa historia, pero solo si se aplican de forma diligente y respetuosa a la tarea de convertirse en el aprendiz. Debemos aprender de la persona qué es necesario hacer, más que dirigir.

Los profesionales con frecuencia hablan «como si» acaso pudieran conocer a la persona mejor de lo que se conocen a sí mismos. Como observó Szasz: «¿Cómo se puede saber más de una persona después de verla durante solo unas horas, unos días o incluso unos meses de lo que se conoce a sí mismo? ¡Lleva conociéndose mucho más tiempo! La idea de que la persona está totalmente a cargo de sí misma es una premisa fundamental» (Szasz, 2000).

5. **Utilizar el equipo de herramientas disponible:** la historia contiene ejemplos de «lo que ha funcionado» o creencias sobre «lo que puede funcionar» en esa persona en el futuro. Son las principales herramientas para desbloquear o crear la historia de la recuperación. El equipo de herramientas profesional –expresado habitualmente a través de ideas como «práctica basada en la evidencia»– describe lo que ha funcionado en otras personas. Aunque potencialmente útil, debe utilizarse solo si el equipo de herramientas disponible es deficiente.
6. **Trabajar un paso más allá:** el cuidador profesional y la persona trabajan juntos para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse «ahora». El «primer paso» es crucial, muestra el poder de cambio y apunta potencialmente hacia el objetivo final de la recuperación. Lao Tzu dijo que el viaje de miles de kilómetros empieza con un paso. Este modelo va más allá: cualquier viaje empieza en la *imaginación*. Es importante imaginar –o prever– que avanzamos. Trabajar un paso más allá recuerda a los profesionales de enfermería la importancia de trabajar con la persona en el «yo ahora»: estudiar qué debe hacerse ahora, ayudar a avanzar hasta el siguiente paso.
7. **Dar el don del tiempo:** aunque el tiempo es en gran parte una ilusión, no hay nada más valioso. Con frecuencia, los profesionales se quejan de no tener suficiente tiempo para

trabajar de forma constructiva con la persona. Aunque quizá realmente no pueden «fabricar» tiempo a través de la atención creativa a su trabajo, los profesionales con frecuencia encuentran el tiempo para hacer «lo que debe hacerse». Es la relación del profesional con el concepto del tiempo de lo que se trata, más que del propio tiempo (Jonsson, 2005). Al final, el tiempo dedicado a la comunicación interpersonal constructiva es un don –para ambas partes–. No hay nada más valioso que el tiempo que el cuidador y la persona pasan juntos.

8. **Revelar la sabiduría personal:** solo la persona puede conocerse a sí misma. La persona desarrolla un potente almacén de sabiduría al escribir la historia de su vida. Con frecuencia, las personas no pueden encontrar las palabras para expresar plenamente la multitud, la complejidad o la inefabilidad de su experiencia, invocando potentes metáforas personales para transmitir algo de su experiencia (Barker, 2002b). Una tarea fundamental para el profesional es ayudar a la persona a revelar y llegar a valorar la sabiduría, para que pueda utilizarse para apoyar a la persona durante el viaje de recuperación.
9. **Saber que el cambio es constante:** el cambio es inevitable porque el cambio es constante para todos. Sin embargo, aunque el cambio es inevitable, el crecimiento es opcional. Deben tomarse decisiones y elecciones si tiene lugar el crecimiento. La tarea del cuidador profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y apoyar a la persona en la toma de decisiones respecto al curso del viaje de la recuperación. En concreto, los profesionales de enfermería ayudan a la persona para que deje de estar en peligro y con malestar, manteniendo el curso de reclamación y recuperación.
10. **Ser transparente:** si el profesional y la persona llegan a ser un equipo, cada uno debe bajar sus «defensas». En el proceso de escribir la historia, la pluma del profesional puede acabar siendo, con demasiada frecuencia, un arma: escribir una historia que corre el riesgo de inhibir, restringir y delimitar las elecciones vitales de la persona. Los profesionales están en

una posición privilegiada y deben modelar la confianza siendo transparentes en todo momento, ayudando a la persona a comprender exactamente qué se está haciendo y por qué. Conservando el uso del propio lenguaje de la persona y realizando todas las valoraciones y los planes de cuidados juntos *(in vivo)*, la naturaleza colaboradora de la relación profesional-persona se vuelve aún más transparente.

Tomado de Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*(2), 93–100.

Principales conceptos y definiciones

Bases teóricas del modelo de la marea*

El modelo de la marea empieza desde cuatro puntos simples:

1. El principal objetivo terapéutico en el cuidado de la salud mental está en la comunidad. La vida natural de una persona es un «océano de experiencia». La crisis psiquiátrica es solo una entre muchas cosas que puede amenazar con «hundirlas». Al final, el objetivo del cuidado de la salud mental es devolver a las personas a ese «océano de experiencia», para que puedan continuar en su viaje de vida.
2. El cambio es un proceso constante, continuo. Aunque las personas cambian constantemente, esto puede ocurrir más allá de su conciencia. Uno de los principales objetivos de los abordajes utilizados en el modelo de la marea es ayudar a las personas a desarrollar una concienciación de los pequeños cambios que, en última instancia, tendrán un gran efecto en sus vidas.
3. La delegación de poder está en el centro del proceso de cuidar. Sin embargo, las personas ya tienen su propio «poder». Los profesionales de enfermería deben ayudar a las personas a «arrancar», para que puedan utilizar su propio poder personal para hacerse más cargo de sus vidas, utilizándolo de maneras constructivas.

4. La enfermera y la persona están unidas (aunque de forma transitoria) igual que los bailarines en un baile. Cuando la enfermería es eficaz, como W. B. Yeats (1928) puede haber destacado, «¿cómo llamamos al bailarín del baile?». Esto recuerda a los profesionales de enfermería que los encuentros genuinos con los cuidados implican «cuidar con» la persona, no solo «cuidar sobre» la persona o hacer cosas que sugieren que los profesionales de enfermería «cuidan de» ellas.

Los tres dominios: un modelo de la persona*

En el modelo de la marea, la persona está representada por tres dominios personales: *yo, el mundo* y *los demás.* Un **dominio** es una esfera de control o influencia, un lugar donde la persona experimenta o manifiesta aspectos de la vida pública o privada. De forma simple, un dominio es el lugar donde alguien vive.

Los dominios son como el domicilio particular de una persona. Su casa o piso tiene varias habitaciones, pero la persona no se encuentra en cada una de estas habitaciones en todo momento, sino que a veces la persona está en una habitación y a veces en otra. Los dominios personales son similares. A veces, la persona está principalmente en el dominio del yo y, otras veces, principalmente en los dominios del mundo o de los demás.

El **dominio del yo** es el lugar privado donde la persona tiene pensamientos, sentimientos, creencias, valores e ideas que solo ella conoce. En este mundo privado, se sufre primero el malestar llamado «enfermedad mental». Todas las personas mantienen en secreto gran parte de su mundo privado y revelan a los demás solo lo que ellas quieren. Este es el motivo por el que las personas con frecuencia son un misterio para otros, incluso cuando son amigos íntimos o familiares.

En el modelo de la marea, el dominio del yo se convierte en el objetivo de los intentos del profesional de enfermería de ayudar a la persona a sentirse segura, donde intentamos ayudar a la persona a abordar y empezar a tratar los miedos, ansiedades y otras amenazas privadas a la estabilidad emocional, relacionadas con problemas específicos para vivir. El principal objetivo es crear una relación puente y ayudar a la persona a desarrollar un **plan de**

seguridad personal significativo. Este trabajo es la base para el desarrollo del programa de autoayuda de la persona, que la ayude a volver a su vida diaria.

El **dominio del mundo** es el lugar donde la persona comparte algunas experiencias del dominio del yo con otras personas, en el mundo social de la persona. Cuando las personas hablan con los demás sobre sus pensamientos, sentimientos, creencias u otras experiencias privadas que solo ellas conocen, van al dominio del mundo. En el modelo de la marea, el *dominio del mundo* pasa a ser el centro de nuestros esfuerzos por comprender a la persona y sus problemas para vivir. Esto se lleva a cabo con el uso de la valoración holística. En el dominio del mundo, intentamos ayudar a la persona para que empiece a identificar y abordar problemas específicos para vivir diariamente utilizando **sesiones individualizadas** especializadas.

El **dominio de los demás** es donde la persona representa la vida diaria con otras personas (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y profesionales). La persona se embarca en diferentes encuentros interpersonales y sociales, en los que la persona puede estar influida por otros y, a su vez, puede influir en los demás. En el dominio de los demás se encuentra la organización y la prestación de cuidados profesionales y otras formas de apoyo. Sin embargo, el principal foco del modelo de la marea son grupos concretos de trabajo en grupo: **descubrir, compartir información y buscar soluciones.**

Al participar en estos grupos, la persona desarrolla una conciencia del valor del apoyo social que puede dar y recibir de los demás. Esta será la base de la apreciación por la persona del valor del apoyo mutuo, al que puede accederse en la vida diaria.

Agua: una metáfora[*†]

El *modelo de la marea* se centra en lo impredecible de la experiencia humana a través de la metáfora central del agua. La vida es un viaje realizado en un océano de experiencias. Todo desarrollo humano –incluidas las experiencias de la salud y la enfermedad– comporta descubrimientos realizados en ese viaje a lo largo del océano de experiencias. En momentos críticos del viaje, las personas pueden sufrir tempestades o piratería. El barco puede

empezar a hacer aguas, y la persona puede tener que hacer frente a la perspectiva de ahogarse o naufragar. La persona puede tener que ser guiada a un puerto seguro, someterse a reparaciones o recuperarse de un trauma. Una vez el barco está intacto o la persona se ha vuelto a acostumbrar al movimiento del barco, puede volver a empezar el viaje, ya que establece de nuevo un trayecto en el océano de la experiencia.

Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de los episodios psiquiátricos y las respuestas necesarias a sus desafíos. Las «tempestades» es una metáfora para los problemas de la vida; la «piratería» evoca la experiencia de una violación o el «asalto del yo» que puede producir un malestar grave. Muchos usuarios describen la naturaleza arrolladora de la experiencia del malestar como algo parecido a «ahogarse» y, con frecuencia, acaba en un «naufragio» metafórico en las costas de una unidad psiquiátrica de pacientes agudos. Un «rescate psiquiátrico» adecuado debe parecerse a un «salvavidas», y debería llevar a la persona a un «puerto seguro» donde pueda realizarse el trabajo de reparación humana necesario.

Principios rectores‡

1. Una creencia en virtud de la curiosidad: la persona es la autoridad mundial de su vida y sus problemas. Al expresar la curiosidad genuina, el profesional puede aprender algo del «misterio» de la historia de la persona.
2. Reconocimiento del poder de los recursos: más que centrarse en los problemas, deficiencias y debilidades, el modelo de la marea busca revelar los recursos disponibles a la persona –personales e interpersonales– que podrían ayudar en el viaje de la recuperación.
3. Respeto por los *deseos de la persona,* más que ser paternalista, o sugiriendo que puede «saber qué es lo mejor» para la persona.
4. Aceptación de la **paradoja de crisis** como oportunidad: los desafíos en la vida señalan que algo debe hacerse. Esto podría ser una oportunidad para cambiar la dirección de la vida.

5. Aceptar que todos los objetivos, evidentemente, *pertenecen a la persona.* Representan los pequeños pasos en el camino de la recuperación.
6. La virtud de perseguir la elegancia: los cuidados y el tratamiento psiquiátrico con frecuencia son complejos y desconcertantes. Deberían buscarse los medios más simples posible, que pueden aportar los cambios necesarios para que la persona siga adelante.

Lanzarse al agua. Creencias de compromiso[§]

Cuando las personas tienen un malestar grave, con frecuencia sienten como si se estuvieran ahogando. En estas circunstancias necesitan un salvavidas. Desde luego, los salvavidas tienen que comprometerse con la persona –tienen que hacerse íntimos– para empezar el proceso de rescate. Para lanzarse al agua y empezar el proceso de compromiso los profesionales de enfermería tienen que creer lo siguiente:

- La recuperación es posible.
- El cambio es inevitable –nada es duradero–.
- En última instancia, las personas saben qué es lo mejor para ellas.
- Las personas poseen todos los recursos que necesitan para empezar el viaje de recuperación.
- La persona es el profesor, y los profesionales de enfermería, los ayudantes, los alumnos.
- Los profesionales de enfermería tienen que ser creativamente curiosos, aprender qué debe hacerse para ayudar a la persona ahora.

Filosofía terapéutica

1. *¿Por qué? ¿Por qué ahora?* El profesional de enfermería primero debe considerar por qué la persona tiene esta dificultad concreta de la vida ahora. El objetivo del cuidado está en lo que la persona está experimentando ahora y qué debe hacerse ahora para abordar y, es de esperar, resolver el

problema.

2. *¿Qué funciona?* El profesional de enfermería debe preguntar qué funciona (o podría funcionar) en la persona bajo las circunstancias actuales. Este es el objetivo de los cuidados centrados en la persona. Más que utilizar técnicas o métodos terapéuticos estandarizados, que pueden tener un valor general, el objetivo es identificar qué ha funcionado para la persona en el pasado o qué podría funcionar en la persona en un futuro inmediato, según su historia, personalidad y circunstancias vitales generales.
3. *¿Qué es la teoría personal de la persona?* ¿Cómo comprende o explica la persona sus problemas? ¿Qué sentido tienen los problemas para la persona? Más que darle a la persona una interpretación profesionalizada de sus problemas en forma de teoría o diagnóstico, el profesional de enfermería intenta comprender cómo entiende la persona su experiencia. ¿Cuál es su teoría personal?
4. *¿Cómo limitamos las restricciones?* ¿Cuál podría ser el medio menos restrictivo para ayudar a la persona a afrontar y resolver sus dificultades? ¿Qué es lo mínimo que podría hacer la enfermera y cuánto podría aportar la propia persona para obtener un cambio significativo? Juntos, representan la intervención menos restrictiva.

Cuidado continuo¶

A medida que fluyen las necesidades de la persona a través de límites artificiales, el cuidado es perfecto, siempre que se dé la intención de la persona de volver a su océano de experiencia en su propia comunidad. Mediante el cuidado continuo, las personas pueden necesitar cuidados agudos o inmediatos, transicionales o de desarrollo. El cuidado práctico inmediato se centra en buscar soluciones a los problemas de la persona, generalmente a corto plazo, y se centra en qué necesidades deben cubrirse ahora. Las personas entran en el cuidado continuado a través del inmediato cuando presentan una crisis inicial de la salud mental, entrando quizá por primera vez en el sistema de la salud mental, o cuando se produce una crisis en personas ya familiarizadas con el sistema. El cuidado transicional se centra en el trayecto uniforme de un

entorno a otro, cuando la persona se desplaza de una forma de cuidado a otra. Aquí, las responsabilidades de enfermería incluyen una relación con los colegas y aseguran la participación de la persona en la transferencia de los cuidados. El otro extremo del proceso continuado es el cuidado del desarrollo, cuyo objetivo es una intervención terapéutica o un apoyo más intenso y a más largo plazo.

---

[*] Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007). *The tidal model: Mental health recovery and reclamation.* Newport-on-Tay, Scotland: Clan Unity International.

[†] Barker, P. (2000). The tidal model: The lived experience in person-centred mental health care. *Nursing Philosophy, 2*(3), 213–223.

[‡] Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15,* 93–100.

[§] Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2004). Beyond empowerment: Revering the storyteller. *Mental Health Practice, 7*(5), 18–20.

[¶] Barker, P. J. (2000e). *The tidal model theory and practice*. Newcastle, UK: University of Newcastle.

Uso de datos empíricos

La prolongada curiosidad de Barker por la naturaleza y objetivos de la enfermería psiquiátrica y las historias de las personas cuidadas le llevaron al desarrollo de una construcción teórica de la enfermería psiquiátrica o una metateoría, que podría seguir explorándose a través de preguntas empíricas (Barker, Reynolds y Stevenson, 1997, pág. 663). En 5 años, desde 1995, el equipo de investigación de Newcastle y North Tyneside analizó lo que pueden necesitar de las enfermeras las personas con problemas de experiencias vividas. Empezaron a utilizar sus primeros hallazgos en 1997 como base para el desarrollo del modelo de la marea. Barker apoya el aprendizaje, la utilización y la integración de la teoría y la investigación existente, además de la experiencia de la realidad: pruebas del más «real» de los mundos reales (Barker y Jackson, 1997).

El poder de la relación enfermera-paciente demostrado a través de las primeras investigaciones de Altschul a principios de los años

sesenta y el paradigma de Peplau de las relaciones interpersonales contribuyen a la base empírica del modelo de la marea. El estudio de Altschul de la interacción enfermera-paciente en los años sesenta aportó una base empírica a la naturaleza compleja, aunque paradójicamente ordinaria de la relación (Barker, 2002a). El estudio de Altschul de equipos comunitarios en los años ochenta planteó cuestiones sobre el «objetivo propio de la enfermería» y la «necesidad de la enfermería», y Altschul y Peplau proporcionaron pruebas relacionadas con el trabajo del equipo interprofesional.

Dos de los estudios que generaron la teoría de Barker aportan una base empírica para el modelo de la marea. Los estudios de «necesidad de la enfermería» (1999a, 1999b) examinaron las percepciones del servicio por parte de los usuarios, de los seres queridos, de los miembros de los equipos interprofesionales y de las enfermeras, y pretendían clarificar los roles y funciones propios de la enfermería en la asistencia interprofesional y el proceso de tratamiento y aprender qué valoran las personas de las enfermeras (Barker, 2001c, pág. 215). Demostraron que los profesionales y las personas cuidadas querían enfermeras que se relacionaran con las personas de forma diaria y cotidiana. Hubo una aceptación universal de las especiales relaciones interpersonales entre enfermeras y personas, y se hizo eco del trabajo de Peplau (1952). «Conociéndote, conociéndome» apareció como el concepto clave en estos estudios. Se espera que la enfermera sepa qué quiere la persona aunque no lo verbalice o no esté claro y las necesidades cambien constantemente (Jackson y Stevenson, 2004, pág. 35). La función de la enfermería profesional se describe en tres roles identificados como: 1) yo cotidiano; 2) seudocotidiano o yo autogenerador, y 3) yo profesional. Las relaciones son fluidas y requieren habilidades que combinen actuaciones altamente profesionales con las más cotidianas del yo. Las relaciones varían según el rol requerido (Jackson y Stevenson, 1998, 2000). El «seudocotidiano o yo autogenerador están relacionados como un vaivén» (Jackson y Stevenson, 2004, pág. 41). A veces, las personas necesitan a alguien que cuide de ellas, y otras, alguien a quien cuidar (1999a, 1999b). Los estudios sugerían que las enfermeras responden sensiblemente a las necesidades humanas rápidamente fluctuantes de las personas y sus familias. Tienen que sintonizar con

lo que es necesario hacer en cada momento para cubrir las necesidades de la persona (Barker, 2000e). Las enfermeras son traductoras para la persona del equipo que le atiende y el adhesivo que permite mantener unido todo el sistema (Stevenson y Fletcher, 2002, pág. 30).

El segundo estudio se centró en la naturaleza de la delegación de poder y cómo se representa en la relación entre enfermeras y personas cuidadas. Dio lugar al modelo de interacciones de delegación de poder (Barker, Stevenson y Leamy, 2000). Se desarrolló con la técnica de incidencia crítica de Flanagan (1954) junto con el método de investigación cooperativo (Heron, 1996), con un método de teoría de campo modificada (Glaser y Strauss, 1967). El estudio desarrolló los supuestos de Peplau sobre la importancia de las transacciones interpersonales específicas y proporcionó una guía y estrategias para las enfermeras en las relaciones cooperativas enfermera-persona. Entre las estrategias están las siguientes:

- Ser respetuoso con el conocimiento y la experiencia de las personas sobre su propia salud y enfermedad.
- Situar a la persona como eje director de la interacción.
- Buscar el permiso para examinar la experiencia de la persona.
- Valorar la contribución de la persona.
- Tener interés como una forma de validar la experiencia de la persona.
- Hallar un lenguaje común para describir la situación.
- Evaluar la situación.
- Revisar en colaboración y alentar la esperanza a través del diseño de un futuro realista conjuntamente.

Principales premisas

Dos asunciones principales apuntalan el modelo de la marea. Primero, el cambio es la única constante. Nada perdura. Toda experiencia humana comporta un flujo, y las personas cambian constantemente. Ello sugiere el valor de ayudar a las personas a ser más conscientes de cómo se producen los cambios en y alrededor de ellos (Barker y Buchanan-Barker, 2004a). Segundo, las personas

son sus historias. No existe nada más y nada menos que la compleja historia de la experiencia vivida. La historia de la persona se enmarca en primera persona, y la historia de cómo vinieron para estar aquí experimentando este problema de vida contiene material en bruto para las soluciones (Barker y Buchanan-Barker, 2004a).

El modelo de la marea se basa en las siguientes premisas:

- Existen cosas como necesidades psiquiátricas.
- La enfermería podría, en cierta forma, cubrir estas necesidades (Barker y Whitehill, 1997, pág. 15).
- Las personas y la gente que les rodea ya poseen las soluciones para los problemas de su vida.
- La enfermería está para facilitar el afloramiento de estas soluciones (Barker, 1995, pág. 12).

El modelo de la marea supone que cuando las personas quedan atrapadas en la forma psíquica de la «locura» es como si tuvieran el riesgo de ahogarse en su malestar o estrellarse contra las rocas; es como si hubieran sido abordados por piratas y les hubieran robado algo de su identidad humana; es como si hubieran desembarcado en una playa remota, lejos de casa y alejados de todo lo que conocen y saben.

Enfermería

«Las enfermeras participan en el proceso de trabajar con personas, sus entornos, su salud *y* su necesidad de cuidados» (Barker, 1996a, pág. 242). La enfermería está cambiando continuamente, internamente y respecto a otras profesiones, en respuesta a las necesidades y a las estructuras sociales cambiantes. «Si algo define a la enfermería globalmente es la construcción social del papel de la enfermera» (Barker, Reynolds y Ward, 1995, pág. 390). La enfermería como educadora existe solo cuando se encuentran las condiciones necesarias para potenciar el crecimiento y el desarrollo (Buchanan-Barker y Barker, 2008). La enfermería es «una actividad interpersonal humana duradera y comporta centrar los cuidados en la promoción del crecimiento y del desarrollo» (Barker y Whitehill, 1997, pág. 17) y en la dirección presente y futura (Barker

y Buchanan-Barker, 2007a). Barker amplió la definición original de Peplau, definiendo el objetivo de la enfermería como *trephotaxis,* del griego, que significa «proveer las condiciones necesarias para promover el crecimiento y el desarrollo» (Barker, 1989, 2009 [pág. 5]; Buchanan-Barker y Barker, 2003). Enfatiza la distinción entre enfermería «psiquiátrica» y enfermería de «salud mental». Cuando las enfermeras ayudan a las personas a *explorar* su malestar, en un intento de descubrir formas para *remediarlo* o *mejorarlo,* están ejerciendo *enfermería psiquiátrica.* Cuando las enfermeras ayudan a las mismas personas a *explorar* formas de *crecimiento y desarrollo,* como personas, explorando cómo actualmente *viven con y* pueden ir *más allá* de sus problemas para vivir, están ejerciendo *enfermería de salud mental* (Barker, 2003a, 2009).

La enfermería es un servicio humano ofrecido por un grupo de seres humanos a otro. Existe un poder dinámico en el arte de cuidar; una persona tiene la obligación de asistir a otra (Barker, 1996b, pág. 4). La enfermería es un esfuerzo práctico centrado en la identificación de qué necesitan las personas *ahora,* además de explorar vías para cubrir estas necesidades y desarrollar sistemas apropiados de cuidados humanitarios (Barker, 1995, 2003a). El objetivo propio de la enfermería es la «necesidad» expresada por la persona cuidada, que «solo puede definirse como una función de la relación entre una *persona con la necesidad de enfermería* y una *persona que ha cubierto tal necesidad*» (Barker, 1996a, pág. 241; Barker, Reynolds y Ward, 1995, pág. 389). «Estas respuestas son el objetivo fenomenológico de la enfermería» (Barker, Reynolds y Ward, 1995, pág. 394): un objetivo que se centra en las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales (American Nurses Association, 1980). Puede variar entre conducta, emociones, creencias, identidad, capacidad, espiritualidad y la relación de la persona con el entorno (Barker, 1998a).

La exploración de la enfermería del contexto humano de ser y cuidar sugiere que la enfermería es una forma de investigación humana. Estar con personas y cuidarlas es el proceso que sustenta la enfermería psiquiátrica y de salud mental, y este proceso distingue a la enfermera del resto de disciplinas de asistencia sanitaria y social (Barker, 1997). «La enfermería complementa otros

servicios y es congruente con los roles y las funciones de otras disciplinas respecto a las necesidades de la persona» (Barker, 2001c, pág. 216).

Persona

Con el modelo de la marea, el interés se dirige hacia una visión fenomenológica de la experiencia vivida por la persona y su historia (Barker, 1999a, 2000d). «Las personas son filósofos naturales y fabricantes de significados, dedicando gran parte de sus vidas a establecer el significado y el valor de su experiencia y construyendo modelos explicativos del mundo y de su lugar en él» (Barker, 1996b, pág. 4). Las enfermeras pueden ver y apreciar el mundo desde la perspectiva de la persona y lo comparten con ella. Las personas son sus historias. «El sentido del yo de la persona y el mundo de la experiencia (incluida la experiencia de los demás) están intrínsecamente unidos a las historias de sus vidas y a los diversos significados que han generado» (Barker, 2001c, pág. 219). Las personas están en un estado constante de flujo, con una gran capacidad de cambio (Buchanan-Barker y Barker, 2008) y unido al proceso de llegar a ser (Barker, 2000c). Viven en su mundo de experiencia representado en tres dimensiones: 1) el mundo; 2) yo, y 3) los demás.

La vida es un viaje del desarrollo y las personas viajan por su «océano de experiencia». Este viaje de descubrimiento y exploración puede ser arriesgado, y las personas tienen una necesidad fundamental de seguridad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes. El «viaje a través de nuestro océano de experiencia depende de nuestro cuerpo físico, sobre el que extendemos la historia de nuestras vidas» (Barker y Buchanan-Barker, 2007a, pág. 21). El modelo de la marea «sostiene algunos supuestos sobre el curso adecuado de la vida de una persona» (Barker, 2001a, pág. 235). Las personas se definen por las relaciones, como, por ejemplo, madre, padre, hija, hijo, hermana, hermano o amigo de alguien, y también en relación con las enfermeras.

Salud

Barker aporta la definición provocativa de salud de Illich (1976)

como «el resultado de una reacción autónoma, aunque modelada culturalmente a una realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a entornos cambiantes, crecer… hasta la curación cuando existe daño, al sufrimiento y a la expectativa tranquila de la muerte. La salud engloba el futuro… incluye los recursos internos para vivir con ella» (pág. 273). La salud es una tarea personal de la que el éxito es «en gran parte el resultado del autoconocimiento, la autodisciplina y los recursos internos con los que cada persona regula sus propios ritmos y acciones diarios, su dieta y su sexualidad» (Illich, 1976, pág. 274). Nuestra persona, las conexiones y la fragilidad «hacen de la experiencia del dolor, la enfermedad y la muerte, una parte integral de la vida» (Illich, 1976, pág. 274). La descripción de Illich (1976) ilustra el sentido *caótico* y el sentido *zen* de la «realidad». «La salud no está "ahí fuera", no es algo que perseguir, ganar o entregar (autocuidado). Es parte de la tarea global de ser y vivir» (Barker, 1999b, pág. 240).

«Salud significa todo… y está probablemente relacionada con la forma en que vivimos nuestras vidas, en el sentido más amplio. Este "vivir" incluye el contexto social, económico, cultural y espiritual de nuestras vidas» (Barker, 1999b, pág. 48). La experiencia de la salud y la enfermedad es fluida. Desde un punto de vista holístico, las personas tienen sus propios significados individuales de salud y enfermedad que valoran y aceptan. Las enfermeras se comunican con las personas para conocer sus historias y su situación actual y entenderlas, incluyendo sus relaciones con la salud y la enfermedad en sus visiones del mundo (Barker, 2001c). No tener una buena salud o estar enfermo casi siempre comporta una crisis espiritual o una pérdida del yo (Barker, 1996a). Un estado de enfermedad es un problema humano con relaciones sociales, psicológicas y médicas que provocan una crisis vital total. En el modelo de la marea, la enfermería es pragmática y está centrada en las fuerzas, los recursos y las posibilidades de las personas, manteniendo una orientación hacia la salud; el modelo de la marea es una teoría saludable.

Entorno

El entorno es en gran medida social, el contexto en el que las

personas viajan en su océano de experiencia y las enfermeras crean «espacio» para el crecimiento y el desarrollo. «Las relaciones terapéuticas se utilizan de forma que realzan las relaciones de las personas con su entorno» (Montgomery y Webster, 1993, pág. 7). Los problemas humanos pueden derivar de complejas interacciones persona-entorno en el caos del mundo del día a día (Barker, 1998b). «Las personas viven en un mundo social y material donde su interacción con el entorno incluye a otras personas, grupos y organizaciones» (Barker, 2003a, pág. 67). Familia, cultura y relaciones se integran en este entorno. Áreas vitales de la vida diaria, como vivienda, economía, ocupación, ocio, sentido de lugar y de pertenencia son áreas del entorno (Barker, 2001c).

La división entre comunidad e institución es artificial y se rechaza, ya que las necesidades fluyen con la persona a través de estos límites. Gran parte de los cuidados de la enfermería psiquiátrica y de salud mental tienen lugar en el más mundano de los escenarios; desde habitaciones de día de salas de hospital hasta la sala de estar o la cocina de la casa de una persona (Barker, 1996b). En intervenciones críticas, las enfermeras mantienen seguros a la persona y al entorno. Cuando el entorno social es crítico, el compromiso es crítico. Cuando las personas están en riesgo, necesitan detenerse en un entorno seguro y de apoyo, un puerto seguro, hasta que vuelvan a su océano de experiencia en la comunidad (Barker, 2003a). «Las enfermeras organizan el tipo de condiciones que ayudan a aliviar el malestar y empiezan el proceso de recuperación, resolución o aprendizaje a largo plazo. Ayudan a las personas a sentir “toda” la experiencia… y a engendrar el potencial de curación» (Barker, 2003a, pág. 9).

Fundamentos teóricos

El modelo de la marea se basa en cuatro premisas referentes a la práctica, que fueron desarrolladas a mediados de los años noventa, con el grupo que se centraba en «enfermeras expertas» (Barker, 1997) y fueron validadas por un grupo de expacientes psiquiátricos, dirigidos por una compañera de Barker, la Dra. Irene Whitehill:

- La enfermería psiquiátrica es una actividad interactiva del desarrollo humano, más preocupada por el desarrollo futuro de las personas que por los orígenes o la causa del malestar psíquico actual.
- La experiencia del malestar psíquico asociado con un trastorno psiquiátrico está representada por la alteración evidente o por situaciones internas conocidas solo por la persona afectada. Las enfermeras ayudan a las personas a acceder, revisar y reescribir estas experiencias.
- Las enfermeras y las personas cuidadas entablan una relación basada en la influencia mutua. El cambio es constante; hay cambios en la relación y entre los participantes de la relación.
- La experiencia de la enfermedad mental se traduce en diversas alteraciones de la vida diaria y las respuestas humanas a los problemas cotidianos (Barker y Whitehill, 1997).

Estas premisas se enmarcan en unas perspectivas filosóficas y teóricas más amplias, especialmente en la afirmación fenomenológica de que las personas tienen su propia experiencia: solo la persona puede conocer su experiencia y su significado. La angustia mental es una fuerza simbólica conocida, en términos fenomenológicos, solo por la persona implicada. La experiencia vivida es el medio a través del cual recibimos importantes mensajes sobre nuestra vida y su significado (Barker, 2001c). Barker contempla el malestar psíquico como parte del todo que es la persona, no como algo separado del ser «normal» de la persona.

El modelo de la marea supone y afirma que las personas saben cuáles son sus necesidades o si pueden recibir ayuda para reconocerlas o identificarlas a lo largo del tiempo. Desde una posición mínimamente autorizada, puede ayudarse a las personas a cubrir estas necesidades a corto plazo. Las enfermeras y otras personas del entorno social de la persona se pueden relacionar con la conducta expresada. La enfermedad mental desautoriza, y «las personas que presentan cualquiera de las miles de amenazas a sus identidades personales o sociales, comúnmente denominada *enfermedad mental* o *problemas de salud mental*, experimentan una

amenaza que las hace humanamente vulnerables». Sin embargo, «muchas personas están lo bastante sanas como para poder actuar por sí mismas e influir constructivamente en el sentido de sus vidas» (Barker, 2003a, págs. 6-7). La recuperación es posible, y las personas disponen de los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación (Barker, 2001c).

Planteamiento lógico

El modelo de la marea es lógicamente adecuado, la estructura de las relaciones es clara y los conceptos son precisos, desarrollados y en desarrollo. Contiene ideas amplias, estudia situaciones de personas con problemas vitales, sigue la lógica de la experiencia (Barker, 1996b) y desarrolla la evidencia basada en la práctica (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

Barker et al. han creado una metateoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental. Cuestiones sobre la naturaleza de las personas, los problemas vitales y la enfermería fueron seguidas de una investigación sistemática. Mediante la investigación, la teoría se modela. El modelo de la marea fluye desde una perspectiva filosófica y una visión del mundo concretas, que aportan un contexto de las creencias sobre las personas y la enfermería.

La teoría identifica el centro de la práctica enfermera en «conocerte, conocerme». Especifica el objetivo de la investigación en enfermería, identifica fenómenos de interés concreto para las enfermeras y proporciona una amplia perspectiva de la investigación, la práctica, la educación y la política de enfermería. La teoría clasifica un volumen de conocimientos de enfermería que está, en gran medida, basado en la historia. Los componentes se presentan claramente y derivan lógicamente de la observación clínica, la práctica, la teoría, la investigación y la filosofía.

Las pruebas que aparecen a partir de usuarios de la teoría del Reino Unido, Irlanda, Canadá, Nueva Zelanda y Escandinavia confirman la importancia de la simple afirmación de la historia personal, con énfasis en el conocimiento de lo que le está sucediendo a la persona y qué significa para las personas, en su propio lenguaje. Las historias generadas en el contexto de los

cuidados se escriben en la propia voz de la persona, lo que ayuda a la persona a «devolver» la historia personal, que se ha perdido de vista al convertirse en «paciente» o «cliente». Incluso cuando la persona está gravemente discapacitada para vivir a causa de los problemas, la enfermera mantiene la atención en ayudar a la persona a determinar «qué debe hacerse» y encontrar los recursos personales e interpersonales necesarios para fortalecerla.

El intento de comprender las construcciones de las personas de su mundo se expresa a través de la valoración holística, que ayuda a las personas a relatar su historia y explora qué debe hacerse. La planificación de la asistencia es un ejercicio de colaboración que pone énfasis en el desarrollo de estrategias de cambio y en facilitar soluciones. El ensalzamiento de la persona y el método narrativo holístico crean un estilo de práctica de trabajo en colaboración con las personas. Destaca los recursos inherentes de las personas y acepta el cambio como una característica perdurable.

Aceptación por la comunidad de enfermería

El modelo de la marea es atractivo para aquellos interesados en la práctica centrada en la persona y en la teoría. La bibliografía muestra la amplia aceptación y el uso de la teoría en la práctica y en la investigación en todo el mundo. La aceptación de la teoría se ve facilitada por la base filosófica, teórica, investigadora y práctica, junto con unos valores y principios claramente establecidos.

Práctica profesional

Los orígenes del modelo de la marea se encuentran en el trabajo doctoral de Barker sobre mujeres diagnosticadas de psicosis maníaco-depresiva al principio de los años ochenta y su introducción en la obra de Shoma Morita (Reynolds, 1984). En la práctica, el modelo marea se desarrolló entre 1995 y 1998 en Newcastle, Inglaterra, y fue introducido de forma formal en dos unidades de psiquiatría aguda. Posteriormente fue adoptado por el Programa de Salud Mental y en 2000 fue introducido en nueve

unidades psiquiátricas agudas, sus equipos de apoyo comunitario y un centro comunitario de asistencia durante 24 h dentro del mismo programa de salud mental (Barker y Buchanan-Barker, 2005). El modelo de la marea se hizo internacional cuando el interés por el mismo pasó del Reino Unido a Irlanda y luego al resto del mundo, y las enfermeras de Dublín realizaron estancias cortas en Newcastle con Barker en 1999. En 2001, enfermeras de Nueva Zelanda empezaron a introducir este programa en una unidad forense de alta seguridad (Cook, Phillips y Sadler, 2005).

La mayoría de los primeros trabajos de desarrollo del modelo de la marea se realizaron en el Reino Unido, con proyectos que se extendían a distintos servicios hospitalarios y comunitarios, desde centros de cuidados agudos mediante rehabilitación hasta servicios forenses especializados y atención comunitaria. Estas actividades comprendían desde servicios metropolitanos en ciudades como Londres central y Birmingham, en las que las poblaciones clínicas son diversas en términos sociales, culturales y étnicos, hasta Cornualles, Glamorgan y Norfolk, en las que se atendía a miembros de las comunidades rurales inglesas y galesas.

El proyecto más extendido tuvo lugar en Escocia, donde desde 2003 los Servicios de Salud Mental de Glasgow aplicaron una serie de proyectos de marea, que comprendían cuidados agudos, de rehabilitación, para adolescentes y para ancianos, en el más amplio Servicio de Salud Mental del Reino Unido (Lafferty y Davidson, 2006). En 2012, los proyectos de Glasgow se habían ampliado para incluir otros centros escoceses: Greenock, Inverclyde, Paisley, Fife y Ayrshire (Henderson, 2013), que representaban más de la tercera parte de la población total de Escocia.

La República de Irlanda puso en práctica una amplia diversidad de proyectos en los condados de Cork y Mayo, y en Dublín, en distintos hospitales y centros comunitarios. La ciudad irlandesa de Cork fue la primera en introducir y desarrollar el modelo de la marea en la atención de salud mental comunitaria en Tosnu –que en gaélico significa «nuevo comienzo»–.

En el Royal Ottawa Mental Health Centre de Canadá se implementaron tres programas del modelo de la marea en septiembre de 2002. Los programas Forensic y Mood incluyen

unidades de pacientes ingresados y de pacientes externos. El Substance Use and Concurrent Disorders Program incluyó una unidad de pacientes hospitalizados, enfermería domiciliaria, un hospital de día y un programa residencial en la comunidad, y es el primer programa de este tipo que aplica el modelo de la marea. En febrero de 2004, el modelo de la marea se introdujo en las demás unidades de pacientes hospitalizados, como geriatría, unidades de observación y críticos, psiquiatría general en transición, rehabilitación psicosocial, esquizofrenia y jóvenes (adolescentes). La experiencia de Ottawa generó mucho interés por el modelo de la marea en Canadá y condujo a la creación de muchas unidades de costa a costa.

En Australia, primero se crearon proyectos en atención de niños y adolescentes en Sídney, con un nuevo desarrollo en el área de la «salud judicial». En Nueva Zelanda, los profesionales de enfermería de *Rangipapa* en Porirua fueron los primeros en introducir el modelo de la marea en un centro forense, y también los primeros en investigar la experiencia con el modelo desde la perspectiva del personal y los clientes (Cook, Phillips y Sadler, 2005). La insistencia del modelo de la marea en las historias ha revelado ser especialmente atractiva para los maoríes autóctonos y los habitantes de las islas del Pacífico de Nueva Zelanda.

En Japón, el modelo de la marea ha sido el centro de la práctica enfermera desde 2002 en el Kanto Medical Center, que es el hospital psiquiátrico privado más grande de Tokio. El Dr. Tsuyoshi Akayama, psiquiatra y profesor de Psiquiatría, tradujo los materiales de formación del modelo de la marea al japonés y enseñó a los colegas médicos y de enfermería a utilizarlo, después de su breve viaje de estudios a Newcastle con el Dr. Barker. Esta fue la primera colaboración formal entre psiquiatras y enfermeras; en todos los proyectos anteriores, las enfermeras realizaban la implementación solas. El Dr. Akayama ha fomentado el modelo de la marea en el programa para «naciones en vías de desarrollo» de la World Psychiatric Association. Los japoneses han sentado una tendencia para una mayor colaboración interprofesional, aunque la enfermería tiene el papel principal.

Desde 2012 se han desarrollado muchos proyectos clínicos en toda Europa, como en Alemania (Zuaboni, Burr y Schulz, 2013),

Suecia, Dinamarca y Suiza (Zuaboni, 2015), países todos cuya historia filosófica –especialmente en relación con la fenomenología y el existencialismo– ha jugado un papel clave en el desarrollo de la filosofía de la marea. Sin embargo, la cultura tradicional de estos países está cambiando por la inmigración y llegada de refugiados. Será interesante cómo se puede adaptar el «foco en la persona» del modelo de la marea a estos cambios socioculturales.

Un artículo de Kilmer y Lane-Tillerson (2013) describe el uso del modelo de la marea en mujeres que sufren problemas emocionales graves por un tratamiento de fertilidad. Este trabajo sugiere que el modelo de la marea puede resultar útil para afrontar una amplia gama de problemas vitales más allá del sector tradicional de la psiquiatría y la salud mental. Dos Santos et al. (2015) han publicado acerca del uso del modelo de la marea en Brasil.

El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental está dirigido a la comprensión y explicación profunda de la condición humana. En este esfuerzo ocupa una posición central ayudar a que las personas utilicen la voz como el instrumento clave para expresar su recuperación tras un problema mental. El modelo de la marea de suministro de atención sanitaria se centra en la persona y es respetuoso con la cultura y el credo religioso (Barker y Buchanan-Barker, 2005). Esta teoría práctica identifica los conceptos necesarios para comprender las necesidades humanas de las personas con problemas en su vida, y cómo y qué pueden hacer los profesionales de enfermería para abordar estas necesidades. La teoría explica sistemáticamente fenómenos específicos y sugiere la naturaleza de la relación dentro de una visión del mundo en concreto. Sin embargo, Barker ha afirmado consistentemente que la teoría «no es más que palabras escritas en un papel». No se trata de un trabajo real o de una receta para el ejercicio profesional, sino de una guía práctica en evolución para suministrar unos cuidados en colaboración, centrados en la persona, basados en la fuerza y otorgadores de poder a través de la relación.

Formación

El modelo de la marea, holístico, basado en la fuerza y narrativo, ofrece una buena perspectiva de cara a su inclusión en programas

de formación relacionados con la práctica basada en la teoría y con los cuidados centrados en la persona.

Barker y Buchanan-Barker ofrecen un manual de formación de descarga libre en su página web (http://www.tidal-model.com). Este paquete se utiliza como preparación básica para la puesta en marcha del modelo, y garantiza fidelidad a los valores, los principios y los procesos del modelo de la marea, a la vez que permite una aplicación creativa y localmente relevante. El manual de formación de la marea ha sido traducido ya al alemán, al sueco, al danés y al castellano por miembros de los equipos enfermeros implicados en el desarrollo clínico y formativo en estos países.

Investigación

El modelo de la marea se desarrolló a partir de un programa de investigación clínica, y se anima a todos los equipos que lo introducen en su práctica a evaluar sus efectos a este nivel. Se ha establecido una consultoría de investigación y desarrollo como una red flexible para la aplicación del modelo de la marea y los proyectos de desarrollo. La consultoría ofrece un marco para la evaluación del modelo de la marea en acción, desde la perspectiva organizativa de los resultados, la experiencia profesional, y la experiencia usuario y consumidor (Barker y Buchanan-Barker, 2005). La tarea importante de evaluar la implementación, los procesos y los resultados del modelo de la marea en la práctica se está llevando a cabo en Canadá, Irlanda, Japón, Alemania, Suecia (Lassenius, 2014), Dinamarca, Brasil (Dos Santos et al., 2015), Nueva Zelanda y el Reino Unido.

Los dos primeros estudios de evaluación (Fletcher y Stevenson, 2001; Stevenson y Fletcher, 2002) exploraron las medidas de los resultados que son importantes al evaluar el modelo de la marea y el efecto de su valoración en la práctica (Stevenson y Fletcher, 2002). Los resultados de los dos estudios muestran un aumento en el número de ingresos y un descenso en la duración de la estancia. Hubo un descenso en la necesidad del nivel más alto de observación, que se relacionó con la velocidad de la valoración, el descenso de los incidentes de violencia, autolesión y el uso de restricciones. Las propias enfermeras describieron que el modelo de

la marea aumentaba la práctica profesional y potenciaba un compromiso pleno con las personas cuidadas. Era útil para ayudar a las personas a cumplir los planes de cuidados y permitía a las enfermeras centrar sus interacciones en las necesidades de las personas. Los trabajadores de apoyo (cuidadores) eran capaces de ayudar a las personas a identificar los objetivos del día y llevarlos a cabo; describieron el modelo de la marea como «una forma de mejorar su perfil y la estima profesional» (Stevenson y Fletcher, 2002, pág. 35). Se hallaron resultados similares utilizando el mismo método en Birmingham, la segunda ciudad de Inglaterra en aplicar el modelo de la marea (Gordon, Morton y Brooks, 2005); en Glasgow, la ciudad más grande de Escocia (Lafferty y Davidson, 2006), y en Dublín, Irlanda. Estos estudios proporcionan evidencias para poner en práctica esta teoría centrada en la persona.

Barker y Walker (2000) estudiaron las opiniones de enfermeras expertas de un equipo de trabajo multidisciplinario en 26 unidades psiquiátricas de ingresos agudos, y la relación con los cuidados a las personas y sus familias. Si bien las enfermeras hacen frente a desafíos al aplicar el «trabajo en asociación», el estudio aporta cierta orientación para seguir investigando sobre la naturaleza interprofesional de la teoría.

La transición para las enfermeras hacia una solución centrada en las interacciones fue el tema de estudio del equipo de Newcastle (Stevenson, Jackson y Barker, 2003). Las enfermeras participaron en un constructo especial y una iniciativa educativa, y se valoraron los efectos por parte de las enfermeras y de las personas cuidadas, usando múltiples datos. Este estudio aporta evidencias de un progreso significativo de las enfermeras en el conocimiento centrado en la solución, el resultado y la práctica. Las personas cuidadas también encontraron que el método les ayudaba.

El equipo del Royal Ottawa Mental Health Centre Tidal replicó el estudio de Newcastle y evaluó el efecto de la aplicación del modelo de la marea en criterios de valoración seleccionados en cuatro períodos en los tres programas pioneros, con resultados similares, especialmente con el Mood Program. También replicaron el estudio de Newcastle en cuatro períodos en el Forensic Program en Brockville. El equipo de Tosnu completó una evaluación centrada en el usuario sobre la aplicación del modelo de la marea. En

Birmingham, en la unidad Tolkien, se realizó una evaluación de 4 meses que se ha publicado (Gordon, Morton y Brooks, 2005). Se están realizando trabajos de evaluación en el St. Tydfil Hospital de Gales.

En Nueva Zelanda se realizó un estudio fenomenológico, hermenéutico después de la instauración del modelo de la marea en una unidad de pacientes estables (Cook, Phillips y Sadler, 2005). Surgieron cinco temas que reflejaban los significados unidos a la proporción y recepción del cuidado: relación, esperanza, aspecto humano, ecuanimidad y trabajo conjunto. Ello sugiere experiencias y resultados positivos en la aplicación del modelo de la marea. Este se establece en una base de investigación que ofrece la posibilidad de utilizar la investigación o la más contemporánea de transferir los conocimientos. Las enfermeras que adoptan el modelo de la marea utilizan activamente la investigación en la práctica, además de contribuir al desarrollo de la práctica de enfermería. El modelo de la marea tiene el potencial de una investigación de acción participativa, descubrir conocimientos incluidos en la práctica y desarrollar nuevos conocimientos.

Barker y Buchanan-Barker subrayan que cualquier estudio realista del modelo de la marea en la práctica debe centrarse en los «trabajos» del equipo, tanto en términos individuales como colectivos. Debe tener en cuenta el contexto organizativo, el apoyo disponible para el equipo, la calidad del entorno y la diversidad de otros factores físicos, sociales e interpersonales. Cuando los profesionales empiezan a trabajar en un modo típico de marea, las cuestiones clave de la investigación deben centrarse en «lo que sucede» en la práctica de la marea.

Evolución

El modelo de la marea es claro; se definen conceptos y se identifican relaciones. Ello permite identificar áreas para un desarrollo posterior de la teoría. Por ejemplo, Barker reestructuró su concepto original de «lógica de la experiencia» como «indicio basado en la práctica», que representa el conocimiento de lo que es posible en esta situación particular y que podría contribuir a nuestro conocimiento compartido de la ayuda humana (Barker y Buchanan-

Barker, 2005).

El modelo de la marea se caracteriza por otros aspectos. Ha evolucionado desde un uso inicial en pacientes hospitalizados agudos hasta un continuo de cuidados, con componentes críticos, transicionales y de desarrollo. La teoría ha evolucionado hacia el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, ampliando su alcance y su utilidad. Los colegas de otros campos, como cuidados paliativos, han expresado su reconocimiento del modelo y desean llevarlo a la práctica. Otras profesiones apoyan los valores, la filosofía y la utilidad del modelo de la marea. Las comunidades de salud mental usuario, consumidor y superviviente del mundo participan en el desarrollo continuo de esta teoría de recuperación de la salud mental (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

Desde su inicio, el modelo de la marea ha ganado la atención nacional e internacional. Sigue aplicándose, enseñándose y estudiándose internacionalmente y se implanta en nuevos lugares de todo el mundo. En noviembre de 2003 el modelo de la marea se introdujo en Norteamérica. A medida que nuevos centros aplican y estudian el modelo de la marea, se enriquece la base práctica, teórica y la investigación. En el 2003, Barker reafirmó los valores que subyacen en el modelo de la marea en 10 compromisos (v. cuadro 32.1). Aportan la guía necesaria para seguir y desarrollar la filosofía del modelo de la marea. Aunque Barker espera fidelidad a los principios y valores del modelo de la marea (10 compromisos del modelo de la marea), al ponerlo en práctica advierte frente a una importación incondicional. La aplicación debe individualizarse para adaptarse al contexto local, con el resultado de que cada implantación será única y contribuirá al desarrollo de la teoría. Ello refleja la apreciación de Barker del concepto de evidencia basada en la práctica –que él llamó el arte de lo posible–, es decir, desarrollar formas filosóficas práctica y teóricamente lógicas, que se basan en las consideraciones de lo que es apropiado, significativo y potencialmente eficaz en un contexto práctico.

Como se ha comentado anteriormente, el modelo de la marea se desarrolla entre culturas, con diferentes poblaciones clínicas, en diversos ámbitos. Siguen desarrollándose los conocimientos enmarcados en el modelo de la marea, aceptando el amplio abanico de complejos factores que definen a las personas y sus experiencias

humanas: historia personal, preferencias personales, valores y creencias, estado social, contenido cultural, relaciones familiares y filiación comunitaria (Barker, 2003a).

Crítica

Claridad

Los conceptos, subconceptos y relaciones se desarrollan de forma lógica y clara, y los supuestos son compatibles con los objetivos de la teoría. Estos conceptos, subconceptos y relaciones principales se describen de forma cuidadosa, específica y metafórica, y no necesariamente de forma concisa. Expresiones como *problemas de vida, malestar psíquico* y *visión de los individuos que sufren problemas como personas* guían a las enfermeras a su objetivo. La identificación de las necesidades humanas, más que necesidades psicológicas, sociales o físicas, aporta claridad y perspectiva. Cómo las enfermeras ven a las personas y cómo las personas quieren ser cuidadas por las enfermeras se ilustra claramente en la categoría básica conociéndote, conociéndome. Cada una de las tres subcategorías, yo cotidiano, yo seudocotidiano o yo autogenerador y yo profesional, tiene cuatro dimensiones: profundidad de conocimiento, poder, tiempo y traducción (Barker, Jackson y Stevenson, 1999a; Jackson y Stevenson, 2004).

En la práctica, la utilización del lenguaje propio de la persona, sin traducirlo a la jerga o lenguaje profesional, contribuye al éxito de la teoría y a su claridad. Los conceptos principales (colaboración, delegación de poder, relaciones, centro de la solución) que se refuerzan a través de las relaciones, la narrativa y el uso del término *problemas de la vida* son suficientemente claros y abren la teoría para utilizarla en otras áreas de enfermería y asistencia sanitaria.

En el modelo de la marea se presentan diversos conceptos y relaciones de forma correcta y esquemática. La experiencia única vivida por la persona es sinérgica y recíproca en los dominios del mundo, yo y los demás que se representan con un triángulo (fig. 32.1). En la valoración holística, la historia de la persona es el centro de la planificación de los cuidados y se representa como un corazón. El círculo de seguridad de valoración y planificación rodea

al corazón que, a su vez, está rodeado por un círculo del equipo interprofesional (fig. 32.2). El cuidado continuo (inmediato, transicional y de desarrollo) se interseca con el objetivo del cuidado (Barker, 2000e; Barker y Buchanan-Barker, 2007a) (fig. 32.3) y muestra el viaje de la persona que accede al servicio, avanza a través del mismo y sale finalmente de él (fig. 32.4). Esta teoría de fácil comprensión es accesible desde el punto de vista conceptual y lingüístico con el uso del lenguaje diario.

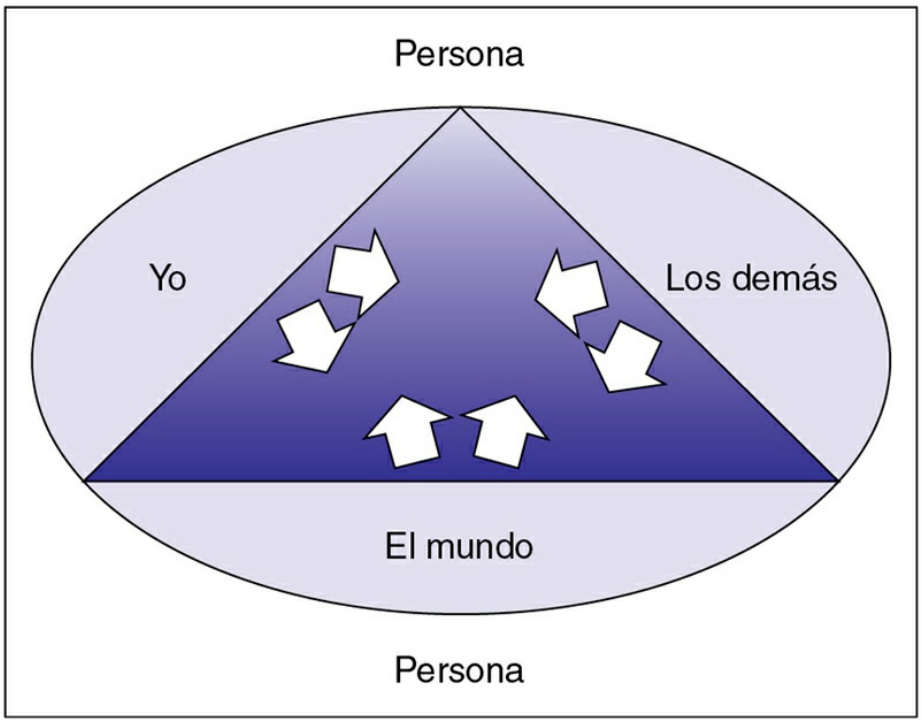


FIGURA 32.1 Las tres dimensiones de la persona.

(Tomado de Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. [2007]. *The tidal model theory and practice* [p. 38]. Clan Unity, Scotland, UK. Copyright Phil Barker & Poppy Buchanan-Barker, 2007.)

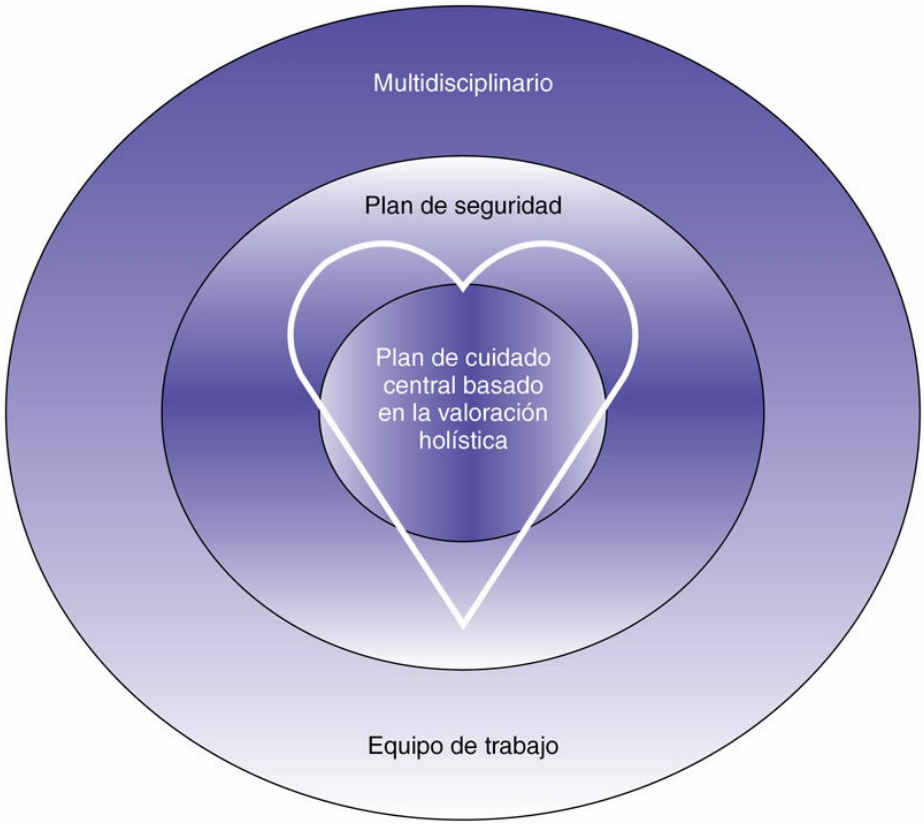


FIGURA 32.2 Estructura del cuidado. (Tomado de Barker, P. J. [2000]. *The tidal model theory and practice* [p. 27]. Newcastle, UK: University of Newcastle. Copyright Phil Barker, 2000.)

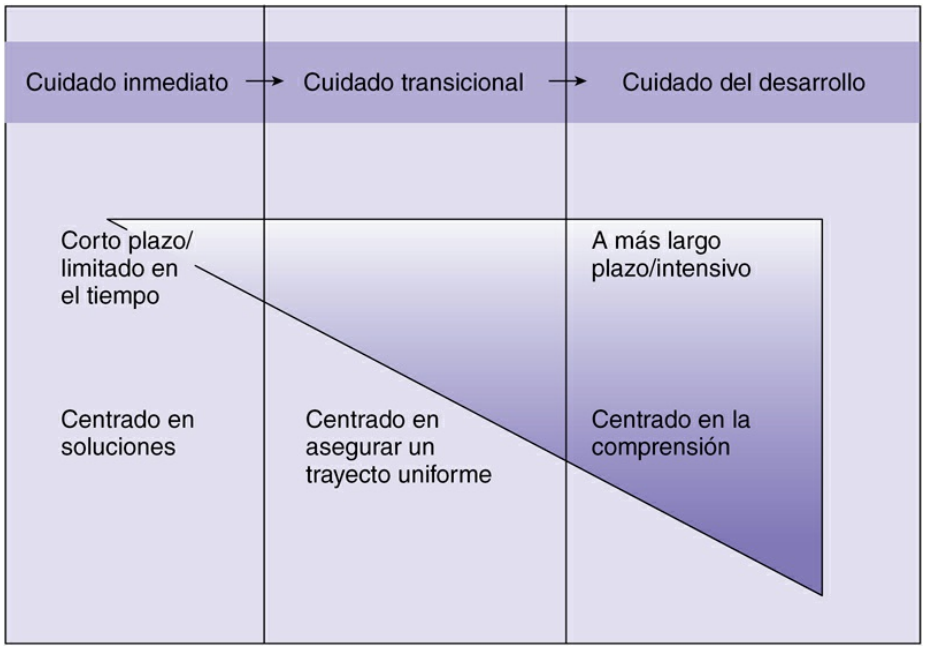


FIGURA 32.3 Cuidado continuo del modelo de la marea. (Tomado de Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. [2007]. *The tidal*

model theory and practice [p. 32]. Clan Unity, Scotland, UK. Copyright Phil Barker & Poppy Buchanan-Barker, 2007.)

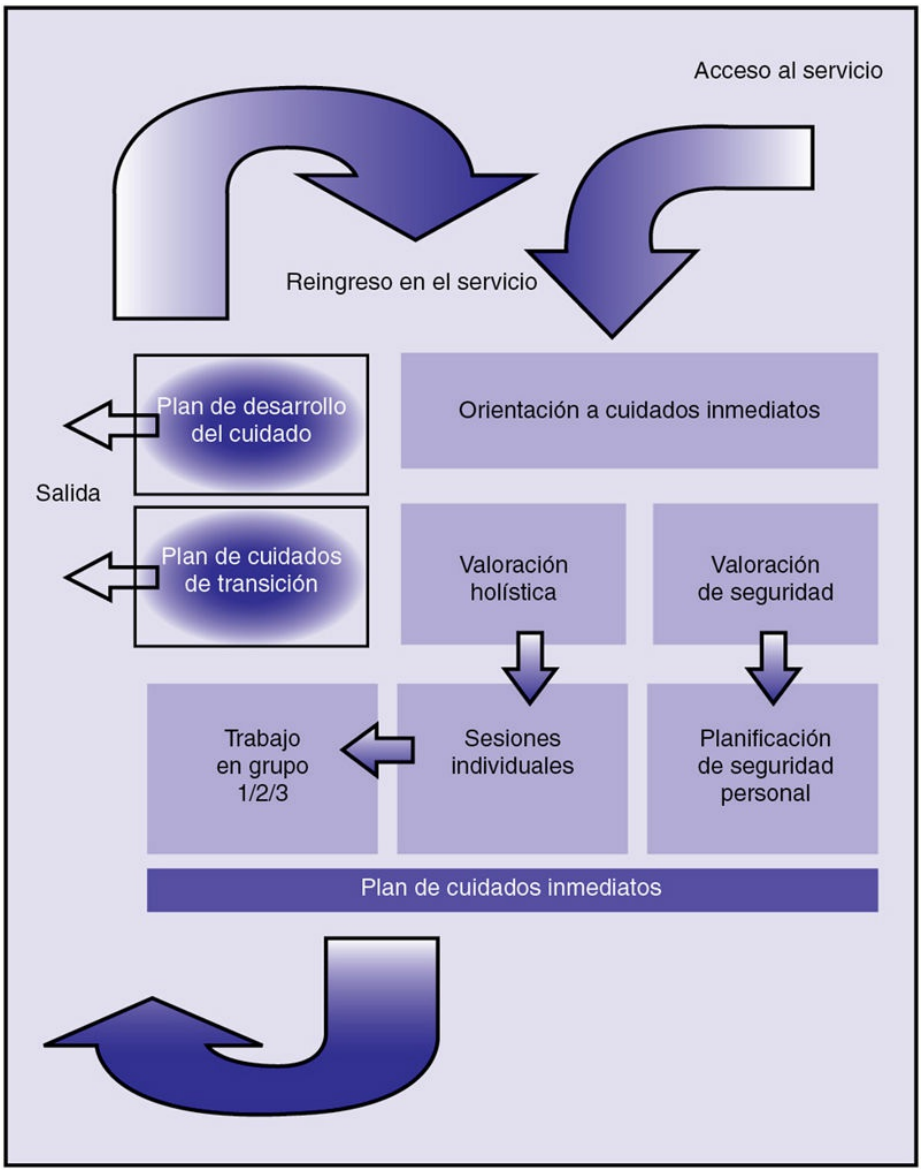


FIGURA 32.4 Mapa del cuidado continuo. (Tomado de Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. [2007]. *The tidal model theory and practice* [p. 37]. Clan Unity, Scotland, UK. Copyright Phil Barker & Poppy Buchanan-Barker, 2007.)

Sencillez

El modelo de la marea se basa en unas ideas sencillas sobre ser humano y ayudarse unos a otros (Barker, 2000e). Es completo,

sencillo y con un nivel de abstracción para poder guiar la práctica, la formación, la investigación y la política. Sin embargo, los conceptos por sí mismos son complejos, y las amplias relaciones entre los mismos se añaden a la complejidad del modelo de la marea; las personas y las relaciones son intrínsecamente complejas. Supuestos, conceptos y relaciones se describen en el lenguaje diario y se ilustran a través de la metáfora. Por ejemplo, confiere poder simplemente ser respetuoso con los conocimientos de las personas y la experiencia sobre su propia salud y enfermedad, y escuchar sus historias. Los conceptos o relaciones abstractos y complejos se expresan metafóricamente, igual que el flujo y el reflujo de la marea. Práctico y filosófico, el modelo de la marea ofrece cierta direccionalidad en la utilización o puesta en práctica de los conceptos, aunque no prescribe la práctica.

Generalidad

El modelo de la marea es de ámbito internacional, indicando su importancia a través de culturas y naciones. A principios de 2004, existían casi 100 proyectos del modelo de la marea en evolución en diferentes ámbitos clínicos de todo el mundo: Australia, Canadá, Inglaterra, Irlanda, Japón, Nueva Zelanda, Escocia y Gales (Barker y Buchanan-Barker, 2005). En los proyectos del modelo de la marea está representado un amplio espectro de entornos y poblaciones clínicas: rural y urbano, unidades de agudos, críticos y convalecencia, centros públicos y privados, programas comunitarios, de rehabilitación, unidades legales, en jóvenes, adultos y ancianos. El modelo de la marea ha sido un éxito a través del continuo de cuidados psiquiátricos y de salud mental y en diversas situaciones de la práctica. Las características universales de colaboración, delegación de poder, relaciones, historias y resistencias atraen a enfermeras, usuarios de servicios y colegas de otras disciplinas. El modelo de la marea es compatible con la Ottawa Charter for Health Promotion, donde el proceso de delegación de poder y participación es fundamental para el buen estado de salud (World Health Organization, 1986). Los 10 compromisos de la marea (Buchanan-Barker y Barker, 2008) ofrecen guía, dirección y apoyo para utilizar la teoría. En Escocia, Lafferty y

Davidson (2006) observaron que la práctica del modelo de la marea ayudó a las enfermeras a satisfacer los requisitos centrados en la persona de la ley de salud mental de Escocia. En Canadá, la Best Practice Guideline for Person and Family-Centred Care (Registered Nurses' Association de Ontario, 2015) se hace eco del modelo de la marea, incluso utilizando parte del mismo lenguaje.

Barker admite que para ejercer con el modelo de la marea los profesionales de enfermería tienen que creer que la recuperación es posible y el cambio, inevitable. «El modelo de la marea *per se* no funciona. El profesional es el instrumento o el medio de cambio» (Buchanan-Barker, 2004, pág. 8). Debido a que el modelo de la marea se desarrolló específicamente para el cuidado psiquiátrico y la salud mental, se ha de cumplir el criterio de generalidad.

Accesibilidad

Esta teoría sustantiva se basa en los datos que emergen inductivamente de los estudios de la necesidad de enfermería. Los estudios guiados por el modelo de la marea indican su utilidad y precisión, y ofrecen la seguridad de que la teoría es útil, práctica y accesible. Los estudios del efecto de la aplicación de la teoría en la práctica respaldan su utilidad y precisión. La necesidad de enfermería, el objetivo propio de la enfermería y el marco de interacciones de delegación de poder ofrecen una firme base empírica al modelo de la marea.

Las enfermeras que trabajan con diferentes poblaciones clínicas y en diversos ámbitos están probando el modelo de la marea en la práctica. El objetivo de la investigación es el resultado centrado en la persona y la experiencia vivida de las personas que colaboran en la asistencia. Los estudios que analizan estas interacciones de empoderamiento contribuyen a la adecuación empírica y la confianza en esta perspectiva orientada a soluciones y basada en las fortalezas. Al permitir el acceso libre al manual del modelo de la marea, los centros pueden haber introducido el modelo en la práctica sin el conocimiento de Barker. Barker considera este hecho un avance positivo.

Importancia

El modelo de la marea ha demostrado de forma clara que ofrece guía y objetivos a la enfermería. La teoría es conceptual y lingüísticamente accesible y se presta a la investigación. Esta investigación, relevante para el trabajo de las enfermeras, contribuye a los conocimientos para guiar e informar la práctica. Los estudios guiados por el modelo de la marea también exploran su impacto y sus diversos resultados. El conocimiento narrativo derivado de la teoría potencia la práctica, la docencia y la investigación de la enfermería, y la política. El modelo de la marea está representado por diversas «valoraciones holísticas (exploradoras) y centradas (riesgo), que generan intervenciones centradas en la persona que resaltan los recursos existentes de las personas y la capacidad para encontrar soluciones» (Barker, 2001b, pág. 82).

Trabajar en el modelo de la marea permite a las enfermeras articular su práctica y «habilidades invisibles» (Michael, 1994). Por ejemplo, las estrategias de delegación de poder, como respetar a la persona y dar esperanzas, dan voz a las enfermeras. Las enfermeras ganan confianza al trabajar junto a miembros de equipos interprofesionales porque su contribución y objetivos están claramente articulados. Existen desafíos con cualquier cambio a nivel práctico, personal y del sistema, y son anticipados y estudiados. El modelo de la marea es una teoría importante y esencial para desarrollar y guiar la práctica en cuidados psiquiátricos y de salud mental.

Resumen

El modelo de la marea se desarrolló desde un objetivo discreto en enfermería psiquiátrica en unidades de agudos para obtener un modelo más flexible de recuperación de la salud mental en cualquier ámbito, en relación con cualquier disciplina. Destaca formas de delegación de poder del compromiso o puente, la importancia de la experiencia vivida y una apreciación del potencial para la curación que radica en reescribir la propia historia (Barker y Buchanan-Barker, 2004a).

El modelo de la marea ofrece una orientación centrada en las personas, holística, basada en la práctica y en la investigación. Keen (en Barker y Buchanan-Barker, 2005, págs. 231-241) lo describe

como «una teoría sistémica y pragmática profundamente colaboradora, centrada en la persona, centrada en la solución (McAllister, 2003) y basada en la narrativa». La teoría presenta supuestos sobre las personas, su valor inherente y el valor de relacionarse con las personas de forma concreta. Propone cómo las personas pueden llegar a apreciar de forma diferente, quizá mejor, su propio valor y el valor único de su experiencia. El modelo de la marea abre nuevas posibilidades de establecer relación con la gente. Quizá parte de su atractivo es que devuelve al profesional de enfermería a los valores que tenía la enfermería inicialmente. Aunque la teoría aporta orientaciones para la práctica, la formación, la investigación y la política, reta a las enfermeras a comprometerse con el cambio y a crecer y desarrollarse en la esencia del modelo de la marea, los 10 compromisos de marea.

Caso clínico

Scott era un hombre joven que había tenido un primer episodio de psicosis. Había golpeado a su padre, que falleció posteriormente. Scott fue trasladado a una unidad de seguridad, cuya enfermera jefe empezó a explorar la historia con él a través de una valoración holística, que representa el mundo de experiencias de Scott en ese momento.

Cómo empezó: «Empezó cuando mi padre volvió a pegar a mi madre; esa noche estaba completamente borracho. Había tanto ruido en esa habitación, la televisión, los golpes y esas voces en mi cabeza, seguían gritándome que hiciera algo rápido para salvar a mi madre. No recuerdo exactamente qué sucedió después, estaba muy confundido».

Cómo me afectó: «No lo sé. Estuve en la cárcel 4 meses antes de venir aquí. Me dijeron que había matado a mi padre. No lo recuerdo, salvo que seguí golpeándole la cabeza. Solo recuerdo que estaba en un charco de sangre». «Me dijeron que mi madre aún está en el hospital. No la he visto desde entonces.» «Estoy asustado. No puedo dormir.»

Cómo me sentí al principio: «Me quedé destrozado, me superó». «Me sentía muy mal, aunque le odiaba muchísimo, nunca me escuchaba, nadie me escuchaba ni me creía.» «Le odio porque le he visto pegar a mi madre toda la vida.»

Cómo han cambiado las cosas con el tiempo: «Fue peor cuando se marchó mi hermanastro. Mi padre era un pecador, borracho, pegaba a su mujer e incluso conspiraba con los comunistas. No me dejaba salir de casa más que para ir al colegio; mi madre estaba en casa todo el día, en la granja; él era el único que vagaba fuera de casa». «Siempre he estado asustado y también enfadado.»

El efecto en mis relaciones: «No me relaciono con nadie; no me gusta la gente porque yo no les gusto a ellos».

Cómo me siento ahora: «Bueno, me siento nervioso, muy agitado y asustado. No sé qué esperar; no sé qué va a pasar». «Confundido, creo, y cansado.»

Qué pienso que significa: «No lo sé, eso me pregunto yo, quizá volveré a la cárcel, quizá quiere decir que necesitaba ayuda». «Quiere decir que tengo que enfrentarme a muchos desafíos.»

Qué quiere decir todo esto sobre mí como persona: «Solo quiero ser mejor persona, quiero estar bien y quiero cuidar a mi madre».

Qué tiene que pasar ahora: «Bueno, supongo que estoy aquí para una valoración».

Qué espero que la enfermera haga por mí: «Seguir hablándome de la forma en que lo hace. Nunca nadie me habla así. Me está escuchando y parece que me cree. Es tan diferente de la cárcel y de otros sitios».

Personas que son importantes: «Mi madre es la única persona importante del mundo. Mi hermanastro solo vuelve cuando necesita dinero».

Cosas que son importantes: «Bueno, poder compartir con los demás». «Mi perro, Pepper, pero ahora está en la perrera.» «Tengo una foto muy bonita en la que estoy con mi madre.»

Ideas sobre la vida que son importantes: «Poder adaptarme».

Valoración de los problemas: «Mis principales problemas son la soledad y qué me va a suceder en el futuro. ¡Toda mi vida es compleja!». «Puntuaría mi soledad con un 8 en malestar, un 8 en alteración y un 2 en control. Mi futuro y lo que va a suceder, con un 10 en malestar, un 10 en alteración y como no tengo control, un 0.»

Cómo sabré que el problema se ha solucionado: «Sabré que el problema se ha solucionado quizá cuando las voces dejen de hablarme, cuando salga de la cárcel y del hospital».

Qué tiene que cambiar para que esto suceda: «Quizá tenga que tomar medicación, quizá solo empezar a hablar con personas reales, no con voces».

La enfermera identificó que Scott necesitaba ayuda para sentirse más seguro emocionalmente. Le comprometió en una valoración de su seguridad y desarrollaron juntos un plan de seguridad personal.

Más adelante, durante la semana, las enfermeras notaron que Scott pasaba mucho tiempo en su habitación. En vez de animar a Scott a participar en actividades de la unidad, su enfermera compartió su observación y le preguntó si lo ayudaba estar tanto tiempo en la cama, solo en la habitación. La respuesta de Scott fue que «las voces no me molestan tanto». Ello llevó a una conversación, ayudando a la enfermera a empezar a comprender qué es lo que le parecía a Scott que le podría ser útil.

En otra conversación, la enfermera le hizo «la pregunta milagro». «Supón que anoche, mientras dormías, el problema que tienes se hubiera resuelto milagrosamente. ¿Cómo lo sabrías? ¿Cuál sería la primera diferencia que notarías al despertarte?» La respuesta inesperada de Scott fue: «Tendría un amigo». Al explorar, más que cerrar, la narrativa, la enfermera empezó a implicar a Scott en «qué hacer» para ayudarlo.

La valoración holística y el plan de seguridad personal representan los primeros pasos para ayudar a Scott a *reclamar* la propiedad de la historia de sus dificultades y/o sufrimiento: empezar a explorar qué acción se necesita tomar –por parte de Scott y de otras personas– para reducir su sufrimiento y abordar sus problemas. Dentro del modelo de la marea, el foco de atención de la enfermera es pragmático. Al unirse a Scott para explorar sus dificultades desde esta perspectiva, según la descripción de su experiencia en las propias palabras de Scott, la enfermera empieza a desarrollar una relación empática y de apoyo. El objetivo principal es ayudar a Scott a *hacerse idea* de lo que está sucediéndole, sin necesidad de decírselo, a que identifique en qué parte ha intervenido en el desarrollo de sus problemas y a empezar a trabajar en lo necesario para resolverlos. Cuando una persona como Scott pase a reintegrarse en el mundo cotidiano, llevará consigo el autoconocimiento que ha adquirido a través de las

diversas relaciones establecidas en el trabajo individual y en grupo. En lugar de esperar que Scott sea pasivo o complaciente, la enfermera confía en que participe lo más plenamente posible para construir la forma de cuidados que necesita, estableciendo la propiedad no solo de sus problemas sino también de los medios finales para resolverlos. Claramente, este enfoque impone demandas emocionales e intelectuales importantes tanto en la persona como en la enfermera.

Actividades de pensamiento crítico

1. El plan tiene dos cuestiones: ¿qué puedo hacer para ayudarme a tratar mis problemas actuales? ¿Qué ayuda que me parezca valiosa pueden ofrecerme otros? Entonces, ¿cómo sería el plan de seguridad de Scott?
2. Seleccione tres o cuatro de los 10 compromisos del modelo de la marea y considere cómo podrían desarrollarse en su práctica.
3. ¿Dónde encontraría apoyo para los 10 compromisos en su lugar de trabajo?
4. ¿Cuál es la cuestión clave?

Referencias para ampliar conocimientos

- Barker, P. J. (2003b). *The 10 commitments: Essential values of the tidal model.* Disponible en http://www.tidal-model.com.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007a). The *tidal model–Mental health recovery and reclamation.* Newport-on-Tay, Scotland: Clan Unity International.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2008). The tidal commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(2), 93–100.
- La página web del modelo de la marea en http://www.tidal-model.com permite el acceso a la comunidad internacional de la marea.

Bibliografía

Allister M. Doing practice differently: Solution-focused nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(6):528–535.

American Nurses' Association *Nursing. A social policy statement*. Kansas City, MO: American Nurses' Association; 1980.

Barker, P.J. (1987). *An evaluation of specific nursing interventions in the management of patients suffering from manic-depressive psychosis*. Unpublished PhD thesis, Dundee Institute of Technology, University of Abertay, Scotland.

Barker PJ. Reflections on the philosophy of caring in mental health. *International Journal of Nursing Studies*. 1989;26(2):131–141.

Barker PJ. Promoting growth through community mental health nursing. *Mental Health Nursing*. 1995;15(3):12–15.

Barker PJ. Chaos and the way of Zen: Psychiatric nursing and the "uncertainty principle". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1996;3(4):235–243.

Barker PJ. The logic of experience: Developing appropriate care through effective collaboration. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 1996;5(1):3–12.

Barker PJ. Towards a meta-theory of psychiatric nursing. *Mental Health Practice*. 1997;1(4):18–21.

Barker PJ. It's time to turn the tide. *Nursing Times*. 1998;94(46):11–12.

Barker PJ. The future of the theory of interpersonal relations? A personal reflection on Peplau's legacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998;5(3):213–220.

Barker PJ. *Qualitative research in nursing and health care*. London: NT Books; 1999.

Barker PJ, ed. *The philosophy and practice of psychiatric nursing*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone; 1999.

Barker PJ. Commentaries and reflections on mental health nursing in the UK at the dawn of the new millennium: Commentary 1. *Journal of Mental Health*. 2000;9(6):617–619.

Barker PJ. From chaos to complex order: Personal values and resources in the process of psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2000;36(2):51–57.

Barker PJ. Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *International Journal of Nursing Studies*. 2000;37:329–336.

Barker P. The tidal model: The lived experience in person-centered mental health care. *Nursing Philosophy*. 2000;2(3):213–223.

Barker PJ. *The tidal model: Theory and practice*. Newcastle, UK: University of Newcastle; 2000.

Barker PJ. The tidal model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001;8(3):233–240.

Barker PJ. The tidal model: Developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2001;37(3):79–87.

Barker PJ. The tidal model: The lived experience in person-centred mental health nursing. *Nursing Philosophy*. 2001;2(3):213–223.

Barker PJ. Annie Altschul—An appreciation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002;9(2):127–128.

Barker PJ. Doing what needs to be done: A respectful response to Burnard and Grant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002;9:232–236.

Barker PJ, ed. *Psychiatric and mental health nursing. The craft of caring*. London: Arnold; 2003.

Barker, P.J. (2003b). *The 10 commitments: Essential values of the tidal model*. Retrieved from http://www.tidal-model.com/Ten%20Commitments.htm.

Barker PJ. Uncommon sense—The tidal model of mental health recovery. *The New Therapist*. 2004, Sept/Oct;33:14–19.

Barker PJ, ed. *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring*. 2nd ed. London: Arnold; 2009.

Barker P, Buchanan-Barker P. Beyond empowerment: Revering the storyteller. *Mental Health Practice*. 2004;7(5):18–20.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. *Spirituality and mental health: Breakthrough*. London: Whurr; 2004.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. *The tidal model: A guide for mental health professionals*. London: Brunner-Routledge; 2005.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. *The tidal model—Mental health recovery and reclamation*. Newport-on-Tay, Scotland: Clan Unity International; 2007.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. Words of wisdom. *Nursing Standard*. 2007;21(37):24–25.

Barker P, Campbell P, Davidson B. *From the ashes of experience: Reflections on madness, recovery and growth*. London: Whurr; 1999.

Barker PJ, Jackson S. No apologies for "imperialist" view [Letter]. *Nursing Standard*. 1997;11(20):10.

Barker P, Jackson S, Stevenson C. The need for psychiatric nursing: Toward a multidimensional theory of caring. *Nursing Inquiry*. 1999;6(2):103–111.

Barker PJ, Jackson S, Stevenson C. What are psychiatric nurses needed for?

Developing a theory of essential practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999;6(4):273–282.

Barker PJ, Reynolds W, Stevenson C. The human science basis of psychiatric nursing: Theory and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25(4):660–667.

Barker PJ, Reynolds W, Ward T. The proper focus of nursing: A critique of the caring ideology. *International Journal of Nursing Studies*. 1995;32(4):386–397.

Barker PJ, Stevenson C, Leamy M. The philosophy of empowerment. *Mental Health Practice*. 2000;20(9):8–12.

Barker PJ, Walker L. Nurses' perceptions of multidisciplinary teamwork in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;7(6):539–546.

Barker PJ, Whitehill I. The craft of care: Towards collaborative caring in psychiatric nursing. In: Tilley S, ed. *The mental health nurse. Views of practice and education*. Oxford, UK: Blackwell Science; 1997:15–27.

Buchanan-Barker P. The tidal model: Uncommon sense. *Mental Health Nursing*. 2004;24(3):6–10.

Buchanan-Barker P, Barker P. The ten commitments: A value base for mental health recovery. *Journal of Psychosocial & Mental Health Nursing*. 2005;44(9):29–33.

Buchanan-Barker P, Barker P. The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;15(2):93–100.

Buchanan-Barker, P., & Barker, P.J. (2003). *Growth and development*. Retrieved from http://www.tidal-model.com/Growth%20and%20Development.pdf.

Cook N, Phillips B, Sadler D. The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12:536–540.

De Shazer S. *Words were originally magic*. New York: Norton; 1994.

dos Santos I, Andrade L, Clos A, Nascimento AV. An esthetic and sociopoetic perspective on caring for people with mental disorder: Appropriating the tidal model. *Rev enferm UERJ*. 2015;22(6):765–770.

Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychological Bulletin*. 1954;51:327–358.

Fletcher E, Stevenson C. Launching the tidal model in an adult mental health programme. *Nursing Standard*. 2001;15(49):33–36.

Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine/Atherton; 1967.

Gordon W, Morton T, Brooks G. Launching the tidal model: Evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12(6):703–712.

Henderson J. How the tidal model was used to overcome a risk-averse ward culture. *Mental Health Practice*. 2013;17:34–37.

Heron J. *Cooperative inquiry: Research into the human condition*. London: Sage; 1996.

Illich I. *Limits to medicine: Medical nemesis—The expropriation of health*. London: Marion Boyars; 1976.

Jackson S, Stevenson C. The gift of time from the friendly professional. *Nursing Standard*. 1998;12(1):31–33.

Jackson S, Stevenson C. What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(2):378–388.

Jackson S, Stevenson C. How can nurses meet the needs of mental health clients? In: Kirby D, Hart D, Cross D, Mitchell G, eds. *Mental health nursing—Competencies for practice*. Hampshire, UK: Palgrave MacMillan; 2004:32–45.

Jonsson B. *Ten thoughts about time*. London: Constable and Robinson; 2005.

Kilmer DL, Lane-Tillerson C. When still waters become a soul tsunami: Using the tidal model to recover from shipwreck. *Journal of Christian Nursing*. 2013;30(2):100–104.

Lafferty, S., & Davidson, R. (2006, March). Putting the person first. *Mental Health Today*, 31-33.

Lassenius, O. (2014). *Being physically active—A bodily anchorage on the journey for recovery in mental ill-health*. Unpublished doctoral thesis, Department of Neurobiology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.

Michael SP. Invisible skills: How recognition and value need to be given to the "invisible skills" frequently used by mental health nurses, but often unrecognized by those unfamiliar with mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1994;1(1):56–57.

Miller, J. (Ed.). (1983). Objections to psychiatry: Dialogue with Thomas Szasz. In J., Miller, (Ed.), *States of mind: Conversations with psychological investigators*. (pp. 270-290). London: British Broadcasting.

Montgomery C, Webster D. Caring and nursing's metaparadigm: Can they survive the era of managed care. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1993;29(4):5–12.

Morita M, Kondo A, Le Vine P, Morita S. *Morita Therapy and the true nature of anxiety-based disorders (Shinkeishitsu)*. New York: State University of New York Press; 1998.

Peplau H. Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education*

Today. 1987;7(5):201–208.

Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putman; 1952.

Peplau HE. Theory: The professional dimension. In: Norris CM, ed. *Proceedings of the first nursing theory conference*. Kansas City, KS: University of Kansas Medical Center, Department of Nursing Education; 1969:33–46.

Podvoll EM. *The seduction of madness: Revolutionary insights into the world of psychosis and a compassionate approach to recovery at home*. New York: HarperCollins; 1990.

Registered Nurses' Association of Ontario *Best practice guideline: Person and family-centred care*. Toronto, Canada: Author; 2015.

Reynolds D. *Playing ball on running water: The Japanese way to building a better life*. New York: William Morrow; 1984.

Stevenson C. The Tao, social constructivism and psychiatric nursing practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1996;3(4):217–224.

Stevenson C, Barker P, Fletcher E. Judgement days: Developing an evaluation for an innovative nursing model. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002;9(3):271–276.

Stevenson C, Fletcher E. The tidal model: The questions answered. *Mental Health Practice*. 2002;5(8):29–38.

Stevenson C, Jackson S, Barker P. Finding solutions through empowerment: A preliminary study of a solution-oriented approach to nursing in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10(6):688–696.

Szasz TS. *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Hoeber-Harper; 1961.

Szasz TS. The case against psychiatric power. In: Barker PJ, Stevenson C, eds. *The construction of power and authority in psychiatry*. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann; 2000:43–56.

Travelbee J. *Intervention in psychiatric nursing: Process in the one-to-one relationship*. Philadelphia: F. A. Davis; 1969.

Vicenzi AE. Chaos theory and some nursing considerations. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(1):32–44.

Webster D, Vaughn K, Martinez R. Introducing solution-focused approaches to staff in inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1994;8(4):254–261.

World Health Organization *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva, Switzerland: Author; 1986.

Yeats WB. *The tower*. New York: Macmillan; 1928.

Zuaboni G. Das Gezeitenmodell: Mit Leadership zu neuen Ufern aufbrechen. *NOVAcura*. 2015;2(1):15–17.

Zuaboni G, Burr C, Schulz M. *Das Gezeiten-Modell: Der Kompass fur eine recovery-orienterte, psychiatrische Pflege*. Bern, Germany: Verlag Hans; 2013.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Libros

Barker P. Foreword. In: Morrissey J, Keogh B, Doyle L, eds. *Psychiatric/mental health nursing—Concepts, application, challenges and reflections: An Irish perspective*. Dublin, Ireland: Gill & MacMillan; 2008.

Barker PJ. *Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of the whole person*. Cheltenham, UK: Stanley Thornes; 1997.

Barker PJ. *The philosophy and practice of psychiatric and mental health nursing*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone; 1999.

Barker PJ. *The talking cures: A guide to the psychotherapies for health care professionals*. London: NT Books; 1999.

Barker PJ. *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring*. 2nd ed. London: Arnold; 2009.

Barker PJ. *Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of the whole person*. 2nd ed. London: Nelson-Thornes; 2004.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. *Spirituality and mental health: Breakthrough*. London: Whurr; 2004.

Capítulos de libros

Barker PJ, Buchanan-Barker P. Patiently, telling the story. In: Warne T, McAndrew S, eds. *Creative approaches in health and social care education and practice: Knowing me, understanding you*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2008:803–894.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. Spirituality and mental health. In: Turner T, Tummey R, eds. *Critical issues in mental health*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2008:58–71.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. [tr m. Kayama]. The tidal model of mental health recovery. In: Kayama, Noda, Myamoto, Ohyama, eds. *Textbook of psychiatric nursing*. Tokyo: Nankodo (Japanese); 2008.

Barker PJ, Campbell P, Davidson B. *From the ashes of experience: The experience of recovery from psychosis*. London: Whurr; 1999.

Barker PJ, Davidson B. *Psychiatric nursing: Ethical strife*. London: Arnold; 1998.

Barker PJ, Manos E, Novak V, Reynolds B. The wounded healer and the myth of mental well-being: Ethical issues concerning the mental health status of psychiatric nurses. In: Barker PJ, Davidson B, eds. *Psychiatric nursing: Ethical strife*. London: Arnold; 1998.

Barker PJ, Whitehill I. The craft of care: Towards collaborative caring in psychiatric nursing. In: Tilley S, ed. *The mental health nurse: Views of practice and education*. Oxford, UK: Blackwell Science; 1997.

Buchanan-Barker P, Barker P. The tidal model. In: Cooper D, ed. *Intervention in mental health-substance use*. Oxford, UK: Radcliffe; 2011.

Buchanan-Barker P, Barker P. The tidal model. In: Cooper D, Cooper J, eds. *Palliative care within mental health*. London: Radcliffe; 2012.

Artículos de revistas

Barker P, Buchanan-Barker P. Bridging: Talking meaningfully about the care of people at risk. *Mental Health Practice*. 2004;8(3):12–15.

Barker P, Buchanan-Barker P. Experts without a voice. *Nursing Standard*. 2004;18(50):22–23.

Barker P, Buchanan-Barker P. Still invisible after all these years: Mental health nursing on the margins. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12:252–256.

Barker PJ. Reflections on the philosophy of caring in mental health. *International Journal of Nursing Studies*. 1989;26(2):131–141.

Barker PJ. The conceptual basis of mental health nursing. *Nurse Education Today*. 1990;10:339–348.

Barker PJ. The philosophy of psychiatric nursing. *Nursing Standard*. 1990;3(12):28–33.

Barker PJ. The Peplau legacy … Hildegard Peplau. *Nursing Times*. 1993;89(11):48–51.

Barker PJ. The tidal model of mental health care: Personal caring within the chaos paradigm. *Mental Health Care*. 2000;4(2):59–63.

Barker PJ. Turning the tide. *Open Mind*. 2000, Nov/Dec;106:10–11.

Barker PJ. The virtue of caring. *International Journal of Nursing Studies*. 2000;37:329–336.

Barker PJ. The tidal model: The healing potential of metaphor within the patient's narrative. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2002;40(7):42–50: 54–55.

Barker PJ. The tidal model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health*

Nursing. 2003;12(2):96–102.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. The tidal model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010;31:171–180.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. Mental health nursing and the politics of recovery: A global reflection. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25:350–358.

Barker PJ, Cutcliffe J. Clinical risk: A need for engagement not observation. *Mental Health Practice*. 1999;2(8):8–12.

Hungerford C. Recovery as a model of care? Insights from an Australian case study. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014;35:156–164.

Simpson A, Barker PJ. The persistence of memory: Using narrative picturing to co-operatively explore life stories in qualitative inquiry. *Nursing Inquiry*. 2007;14(1):35–41.

Fuentes secundarias

Adam R, Tilley S, Pollock L. Person first: What people with enduring mental disorders value about community psychiatric nurses and CPN services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10:203–212.

Biley FC. My life: My encounters with insanity. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28:150–155.

Bowles A. Therapeutic nursing care in acute psychiatric wards: Engagement over control. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;7:179–184.

Brookes N. The tidal model of mental health recovery. In: Alligood MR, ed. *Nursing theorists and their work*. 8th ed. St Louis, MO: Mosby; 2014:626–656.

Brookes N, Murata L, Tansey M. Making waves: Implementing the new tidal model of mental health recovery. *Canadian Nurse*. 2008;104(8):22–27.

Brookes N, Tansey M, Murata L. Guiding practice development using the tidal commitments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13:460–463.

Cameron D, Kapur R, Campbell P. Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: A human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12:64–74.

Clark G, Ferguson J, O'Brien L, Fitzgerald M, Vella N. Preparing the beach head. An education program in interpersonal skills to prepare for implementation of the tidal model in an adolescent mental health unit. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009;18(Suppl. 1):A4.

Davidson L. Recovery, self-management and the expert patient—Changing

the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*. 2005;14(1):25–35.

Delaney KR. Moving to a recovery framework of care: Focusing attention on process. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012;26:165.

Delaney KR, Ferguson J. Psychiatric mental health nursing: A dialogue on the nature of our practice. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25:148–150.

Delaney KR, Shattell MM. Special edition: Inpatient psychiatric treatment: Moving the science forward final. *Issues in Mental Health Nursing*. 2011;31:158–159.

dos Santos I, Andrade L. Aplicabilidade de teorias de enfermagem na prática cotidiana do trabalho. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro*. 2015;23(3):295–296.

Ferguson J, O'Brien L, Vella N, Clark G, Gillies D, Fitzgerald M. Implementing the tidal model: Nurses developing a mind to care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009;18(Suppl. 1):A8.

Fitzgerald M, O'Brien L, Ferguson J, et al. With partnership in mind … bringing the tidal model to life in an adolescent acute inpatient setting: The perspective of the young person and their family or carer. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009;18(Suppl. 1):A8.

Harnett PJ, Greaney AM. Operationalizing autonomy: Solutions for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;15:2–9.

Hayne YM. Experiencing psychiatric diagnosis: Client perspectives on being named mentally ill. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10:722–729.

Hosany Z, Wellman N, Lowe T. Fostering a culture of engagement: A pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in two UK acute admission units in brief solution-focused therapy techniques. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007;14:688–695.

Jackson S, Stevenson C. How can nurses meet the needs of mental health clients. In: Kirby D, Hart D, Cross D, Mitchell G, eds. *Mental health nursing—Competencies for practice*. Hampshire, UK: Palgrave MacMillan; 2004:32–45.

Kidd J. Cultural boundary surfing in mental health nursing: A creative narration. *Contemporary Nurse*. 2010;34(2):277–288.

Lipczynska S. Recovery from mental illness. *Journal of Mental Health*. 2011;20:420–422.

McAllister M, Moyle W. An exploration of mental health nursing models of care in a Queensland psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008;17:18–26.

O'Donovan A. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: Reality or rhetoric? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007;14:542–548.

Perraud S, Delaney K, Carlson-Sabelli L, Johnson ME, Shepard R, Paun O. Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: The therapeutic relationship in the 21st century. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2006;42(4):215–226.

Thomas SP. New thoughts on talk therapies. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012;33:135–136.

Vella N, Fitzgerald M, O'Brien L, Ferguson J, Clark G, Gillies D. Implementing the tidal model: Implications for management and clinical leadership in the delivery of quality care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009;18(Suppl. 1):A24–A25.

Vella N, Page L, Edwards C, Wand T. Sustaining a culture of practice development in an acute adolescent inpatient mental health unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2014;27:149–155.

Young BB. Using the tidal model of mental health recovery to plan primary health care for women in residential substance abuse recovery. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010;31:569–575.

33

Teoría del confort

Thérèse Dowd[*]

«En el mundo tecnológico actual, la misión histórica del profesional de enfermería de confortar a los pacientes y a los familiares es aún más importante. El confort es un antídoto contra los factores de estrés inherentes a las situaciones de la asistencia sanitaria actual y, cuando mejora, los pacientes y las familias se sienten más fuertes para afrontar las tareas que tienen por delante. Además, los profesionales de enfermería se sienten más satisfechos con los cuidados que prestan.»

(Kolcaba, comunicación personal, 7 de marzo de 2015)

Katharine Kolcaba
(1944-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Katharine Kolcaba nació y estudió en Cleveland (Ohio). En 1965 se diplomó en Enfermería y trabajó a tiempo parcial durante muchos años en enfermería médico-quirúrgica, cuidados de larga duración y cuidado domiciliario, antes de volver a la escuela de posgrado. En 1987 se graduó en la primera clase de RN (*registered nurse*, «enfermera registrada») a MSN (*master of science on nursing*, «maestría en enfermería») en la Frances Payne Bolton School of Nursing de la Case Western Reserve University (CWRU), en la especialidad en gerontología. Mientras estudiaba compartió el

cargo de enfermera jefe en una unidad de demencia. Fue en el contexto de esta experiencia donde empezó a teorizar sobre las consecuencias del confort del paciente.

Después de terminar un máster en Enfermería, Kolcaba empezó a trabajar como profesora en la Facultad de Enfermería de la University of Akron. Obtuvo una titulación en gerontología de la American Nurses Association (ANA). Volvió a la CWRU para realizar un doctorado en Enfermería a tiempo parcial mientras continuaba trabajando como profesora. Durante los siguientes 10 años utilizó el trabajo de su programa de doctorado para desarrollar y explicar su teoría en una serie de artículos publicados, resumidos ahora en su libro (Kolcaba, 2003).

La Dra. Kolcaba se retiró de la University of Akron como profesora asociada emérita. Entre sus intereses en el ámbito de la enfermería destacan las intervenciones y la documentación sobre los cambios en el confort para la práctica basada en la evidencia. Reside en la zona de Cleveland con su esposo, donde disfruta estando cerca de sus nietos. Representa a su compañía, The Comfort Line, para ayudar a los organismos sanitarios a aplicar la teoría del confort a nivel del sistema. Es fundadora y coordinadora de un programa parroquial local para profesionales de enfermería y es miembro de la ANA. Sigue trabajando con estudiantes de Enfermería y enfermeras que realizan estudios sobre el confort a todos los niveles.

Fuentes teóricas

Kolcaba inició su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica de enfermería, una tarea que realizó al principio de sus estudios de doctorado. Cuando presentó su marco para el cuidado de la demencia (Kolcaba, 2003), le preguntaron: «¿Ha analizado el concepto de confort?». Kolcaba respondió que no, pero que sería su siguiente paso. Esa pregunta fue el principio de su larga investigación del concepto de confort.

El primer paso, el prometido análisis del concepto, empezó con una extensa revisión sobre el confort en enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía, y del uso que se hace de esta palabra en inglés (especialmente del uso que le dan Shakespeare y

el *Oxford English Dictionary [OED]*). Del *OED,* Kolcaba aprendió que la definición original de confort era «reforzar enormemente». Esta definición proporcionó una razón maravillosa para que los profesionales de enfermería conforten a los pacientes, porque los pacientes estarán mejor y ellos se sentirían más satisfechos.

Existen numerosos registros históricos sobre el confort en enfermería. Nightingale (1859) declaró: «Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. Este no es acumular información diversa o hechos curiosos, sino salvar vidas y aumentar la salud y el confort» (pág. 70). De 1900 a 1929, el confort fue el objetivo central de la enfermería y de la medicina, ya que a través de él se conseguía la recuperación (Kolcaba, 2003; McIlveen y Morse, 1995). Ni los antibióticos, ni la quimioterapia ni la tecnología podían acelerar la recuperación de la salud. El profesional de enfermería estaba obligado a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad del paciente. Aikens (1908) propuso que nada relacionado con la comodidad del paciente es lo suficientemente pequeño como para ignorarlo. El confort del paciente era el primero y el último objetivo de los profesionales de enfermería. Una buena enfermera hacía que los pacientes se sintieran cómodos, y proporcionarles confort era uno de los factores determinantes primarios de la capacidad y el carácter de estos profesionales (Aikens, 1908).

Harmer (1926) afirmó que los cuidados de enfermería consistían en proporcionar un «ambiente general de confort», y que el cuidado personal de los pacientes incluía prestar atención a «la felicidad, la comodidad y la tranquilidad, tanto físicas como mentales», además del «descanso y el sueño, la nutrición, la higiene y la eliminación» (pág. 26). Goodnow (1935) dedicó un capítulo de su libro *The Technique of Nursing* al confort del paciente. Escribió: «Siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo. El confort es tanto físico como mental, y la responsabilidad de la enfermera no termina con los cuidados físicos» (pág. 95). En los libros de texto de 1904, 1914 y 1919, el confort emocional se denominaba confort mental, y se conseguía principalmente proporcionando comodidad física y modificando el entorno de los pacientes (Kolcaba, 2003).

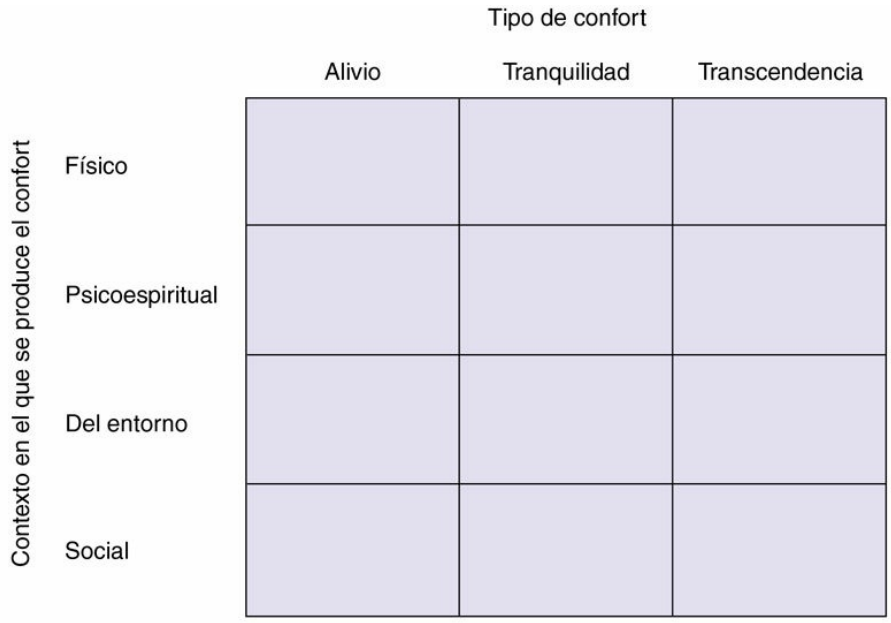
En esos ejemplos, el confort es positivo, se consigue con la ayuda

de los profesionales de enfermería y, en muchos casos, indica la mejoría de una enfermedad o de un estado previo. Intuitivamente, el confort se asocia a la actividad de cuidado. A partir de la palabra originaria, Kolcaba explicó sus características de fortalecimiento, y a partir de la ergonomía, la relación directa con la realización de una tarea (progreso de la terapia). Sin embargo, su significado suele estar implícito, oculto en el contexto, y puede resultar ambiguo. El concepto varía semánticamente según sea verbo, sustantivo, adjetivo, adverbio, proceso o resultado.

Kolcaba utilizó ideas de tres de las primeras teóricas de la enfermería para sintetizar o derivar los tipos de confort en el análisis conceptual (Kolcaba, 2003):

- El **alivio** lo sintetizó a partir del trabajo de Orlando (1961), quien postulaba que los profesionales de enfermería aliviaban las necesidades expresadas por los pacientes.
- La **tranquilidad** la sintetizó a partir del trabajo de Henderson (1966), que describía 14 funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse durante los cuidados.
- La **transcendencia** derivó de Paterson y Zderad (1975), que propusieron que los pacientes superan sus dificultades con la ayuda de los profesionales de enfermería.

A partir de la revisión de la bibliografía de enfermería sobre holismo se obtuvieron cuatro contextos de confort experimentados por los receptores de los cuidados (Kolcaba, 2003). Los contextos son el **físico,** el **psicoespiritual,** el **sociocultural** y el **del entorno,** y se definen en la figura 33.1. Cuando los cuatro contextos se yuxtaponen con los tres tipos de confort, se crea una estructura taxonómica (matriz), a partir de la cual se consideran las complejidades del confort como un resultado.



Tipo de confort:
Alivio: estado de un paciente que ha visto satisfecha una necesidad específica
Tranquilidad: estado de calma o satisfacción
Transcendencia: estado en el que uno ha superado los problemas o el dolor

Contexto en el que se produce el confort:
Físico: perteneciente a las sensaciones del cuerpo
Psicoespiritual: perteneciente a la conciencia interna de uno mismo, incluidos la estima, el concepto, la sexualidad y el significado de la propia vida; la relación de uno mismo con un orden o ser superior
Del entorno: perteneciente al entorno, a las condiciones y a las influencias externas
Social: perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales

FIGURA 33.1 Estructura taxonómica del confort. (Tomado de Kolcaba, K., & Fisher, E. [1996]. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly, 18*[4], 66–76.)

La estructura taxonómica proporciona un mapa del dominio del contenido del confort. Se prevé que los investigadores en el futuro diseñarán, modificarán o traducirán cuestionarios sobre el confort para su población específica utilizando la estructura taxonómica como guía. Pueden encontrarse muchas traducciones en la página web de Kolcaba, *The Comfort Line,* donde se recogen los pasos para la adaptación del General Comfort Questionnaire (GCQ).

Principales conceptos y definiciones

En la teoría de Kolcaba, quienes reciben las medidas de confort pueden denominarse receptores, pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, personas de edad avanzada,

comunidades e instituciones.

Necesidades de cuidados de la salud

Las **necesidades de cuidados de la salud** son necesidades de confort que surgen a partir de situaciones estresantes de la atención sanitaria que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, socioculturales o del entorno. Se hacen evidentes a través del seguimiento, los informes verbales y no verbales, los parámetros fisiopatológicos, la educación y el apoyo, y la intervención y el asesoramiento económico (Kolcaba, 2003).

Intervenciones de confort

Las **intervenciones de confort** son actividades de enfermería y referencias diseñadas para tratar las necesidades específicas de comodidad de los receptores, que comprenden las necesidades fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, del entorno y físicas (Kolcaba, 2003).

Variables de intervención

Las **variables de intervención** son fuerzas de interacción que influyen en las percepciones de los receptores del confort total. Consisten en experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, pronóstico, finanzas, educación, bagaje cultural y la totalidad de los elementos de la experiencia de los receptores (Kolcaba, 2003). Estas variables de intervención influyen en la planificación y el éxito de las intervenciones de cuidados en los pacientes. En la investigación, pueden incluirse en la forma demográfica.

Confort

El **confort** es el estado inmediato que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Es la experiencia inmediata e integral de fortalecerse cuando se abordan las necesidades de la persona. Los tres tipos de confort son alivio, tranquilidad y transcendencia. Los cuatro contextos son físico, psicoespiritual, sociocultural y del entorno (Kolcaba, 2003) (v. estos tipos y contextos en la figura 33.1).

Conductas de búsqueda de la salud

Las **conductas de búsqueda de la salud** componen una amplia categoría de resultados relacionada con esta búsqueda tal como es definida por los receptores en la consulta con el profesional de enfermería. Las categorías fueron sintetizadas por Schlotfeldt (1975), que propuso que eran interna, externa y una muerte tranquila. Las conductas internas son las que no podemos ver, como la curación quirúrgica, la formación de linfocitos T o el equilibrio electrolítico; las conductas externas son las que podemos ver directamente, como la deambulación, o indirectamente, como la presión arterial. Kolcaba (2003) define la muerte tranquila como «una muerte en la que se han resuelto los conflictos, se han tratado bien los síntomas, y la aceptación por parte del paciente y los miembros de la familia permite al paciente "dejarse ir" con tranquilidad y dignidad» (pág. 257).

Integridad institucional

Las corporaciones, comunidades, escuelas, hospitales, regiones, estados y países que poseen las cualidades de ser completos, totales, razonables, rectos, solícitos, éticos y sinceros poseen **integridad institucional.** Cuando una institución muestra este tipo de integridad, son evidentes las mejores prácticas y las mejores políticas (Kolcaba, 2003).

Mejores prácticas

La utilización de intervenciones de atención sanitaria basadas en la evidencia para obtener los mejores resultados posibles para el paciente y su familia se conoce como **mejores prácticas.**

Mejores políticas

Las políticas institucionales o regionales que abarcan desde protocolos para las intervenciones y los trastornos médicos hasta el acceso a la asistencia sanitaria y su prestación se conocen como **mejores políticas.** En la figura 33.2 se ilustra la relación entre la integridad institucional, las mejores prácticas y las mejores políticas.

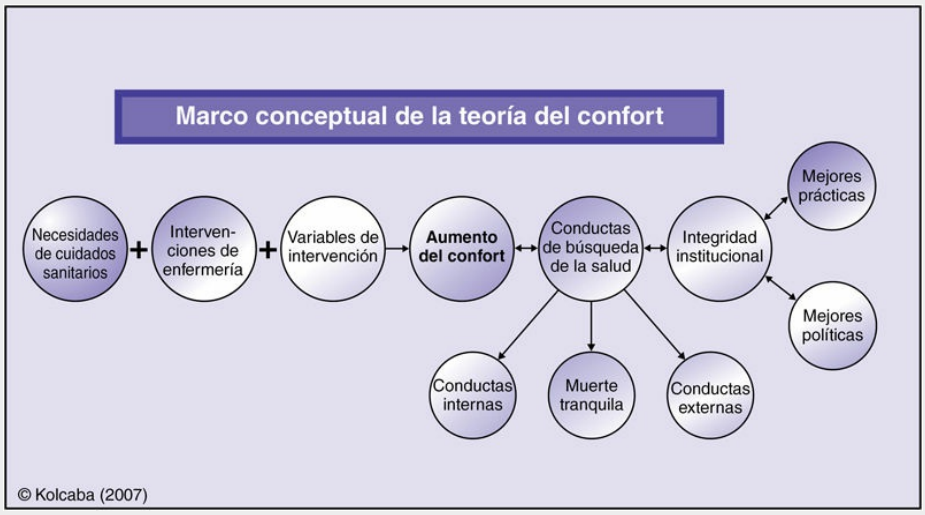


FIGURA 33.2 Marco conceptual de la teoría del confort. (Copyright Kolcaba, 2007. Extraído de www.thecomfortline.com.)

Uso de datos empíricos

La semilla de la investigación moderna sobre el resultado del confort se sembró a finales de los años ochenta, marcando un período de conciencia colectiva, pero también individual, del concepto de confort integral. Hamilton (1989) dio un paso adelante al estudiar el confort desde la perspectiva del paciente. Realizó entrevistas en un centro de cuidados prolongados para saber cómo cada paciente definía el *confort.* El tema que apareció con mayor frecuencia fue el alivio del dolor, pero los pacientes también identificaron la importancia del mobiliario ergonómico y de la sensación de independencia, ánimo, valía y utilidad. Hamilton concluyó: «El mensaje que aparece con claridad es que el confort es multidimensional y posee diferentes significados para distintas personas» (pág. 32).

Después de desarrollar su teoría, Kolcaba fue la primera enfermera investigadora que demostró que los cambios en el confort pueden medirse utilizando un diseño experimental (Kolcaba, 2003). En este estudio de disertación, las necesidades de cuidados sanitarios (necesidades de confort) fueron las asociadas a un diagnóstico de cáncer de mama en su fase inicial. En la intervención integral se utilizó una visualización guiada, diseñada específicamente para cubrir las necesidades de confort de estas

pacientes, y el resultado deseado era su confort. Los hallazgos revelaron un confort significativamente mayor a lo largo del tiempo en las mujeres que realizaban una visualización guiada en comparación con un grupo de cuidados habituales. Kolcaba et al. realizaron otras pruebas empíricas de la teoría del confort, que están detalladas en su libro (Kolcaba, 2003, págs. 113-124) y se citan en su página web (Kolcaba, 1997). Estos estudios del confort revelaron un aumento significativo del confort con el tiempo en los grupos de tratamiento. Entre los ejemplos de intervenciones que se han comprobado recientemente están los siguientes:

- Inducción de punto fijo y la terapia de masajes para pacientes con dolor crónico (Townsend et al., 2014).
- Reducción del estrés basada en la conciencia plena *(mindfulness)* en las personas de edad avanzada que viven en residencias (Kumar, Adiga y George, 2014).
- Cuidados de enfermería basados en el confort para mujeres que acaban de someterse a una cesárea (Derya y Pasinliogui, 2015).
- Uso de mantas térmicas para aumentar el confort de los pacientes psiquiátricos agudos (Parks et al., 2017).

En todos los estudios, las intervenciones se enfocaron a todos los atributos del confort relevantes para los entornos de investigación, los instrumentos del confort se adaptaron o se tradujeron del GCQ (Kolcaba, 2003), y se usaron al menos dos (generalmente tres) puntos de medición para captar los cambios en el confort con el tiempo. El apoyo empírico de la naturaleza integral del confort se encontró en un estudio de cuatro proposiciones teóricas (Kolcaba, 2003):

1. Generalmente, el confort es específico del estado.
2. El resultado del confort es sensible a los cambios a lo largo del tiempo.
3. Cualquier intervención de enfermería integral con antecedentes establecidos de su eficacia, aplicada de forma coherente, aumenta el confort con el tiempo.
4. El confort total es mayor que la suma de sus partes.

Las pruebas sobre el conjunto de datos del primer estudio de Kolcaba con mujeres con cáncer de mama respaldaron cada proposición. Otras áreas de estudio incluidas en la página web de Kolcaba son las unidades de quemados, el trabajo del parto y el parto, la infertilidad, las residencias de ancianos, la atención domiciliaria, el dolor crónico, la pediatría, la oncología, la higiene dental, el transporte y las personas con discapacidades mentales.

Definiciones metaparadigmáticas

Enfermería

La enfermería es la evaluación intencional de las necesidades de confort, el diseño de intervenciones de confort para tratar esas necesidades, y la reevaluación de los niveles de confort después de la aplicación en comparación con el valor de referencia. La evaluación y la reevaluación pueden ser intuitivas, subjetivas o ambas, como cuando una enfermera pregunta al paciente si está cómodo. Las evaluaciones objetivas comprenden la observación de la curación de las heridas, los cambios en los valores analíticos o los cambios de conducta. El confort puede evaluarse utilizando las escalas de clasificación verbales (clínica) o los cuestionarios de confort (investigación), utilizando los instrumentos desarrollados por Kolcaba (2003).

Paciente

Los destinatarios de los cuidados pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan atención sanitaria. Los profesionales de enfermería pueden ser receptores de un mayor confort en el lugar de trabajo cuando se ponen en marcha iniciativas para mejorar las condiciones de trabajo (Boudiab y Kolcaba, 2015).

Entorno

El entorno es cualquier aspecto del paciente, la familia o la institución que puede ser manipulado por los profesionales de enfermería, los familiares o las instituciones para aumentar el confort.

Salud

La salud es el funcionamiento óptimo de un paciente, familia, profesional sanitario o comunidad, según la definición del paciente o grupo.

Principales premisas

1. Los seres humanos tienen respuestas integrales a estímulos complejos (Kolcaba, 2003).
2. El confort es un resultado integral de valor añadido relacionado con la disciplina enfermera.
3. El confort es una necesidad humana básica que las personas se esfuerzan por atender o han atendido. Es un esfuerzo activo.
4. El aumento del confort fortalece a los pacientes para que participen en conductas de búsqueda de la salud de su elección.
5. Los pacientes que están autorizados a participar activamente en conductas de búsqueda de la salud están satisfechos con su atención sanitaria.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los destinatarios de los cuidados. Igualmente importante es la orientación a un entorno integral que fomente la salud para las familias y los profesionales sanitarios.

Fundamentos teóricos

La teoría de la comodidad contiene tres partes o afirmaciones proposicionales que pueden comprobarse de forma independiente o como un todo.

La parte 1 afirma que las intervenciones de confort, si son eficaces, aumentan el confort en los receptores (pacientes y familias), en comparación con un valor de referencia previo a la intervención. Los cuidadores pueden considerarse receptores si la institución se compromete a ofrecer confort en su entorno laboral.

Las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres integrales. Estas intervenciones de confort habitualmente no son técnicas y complementan la prestación de cuidados técnicos.

La parte 2 afirma que el aumento del confort de los receptores de los cuidados se traduce en un aumento de la participación en las conductas de búsqueda de la salud (objetivos) que se negocian con los receptores.

La parte 3 afirma que el aumento de la participación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en un aumento de la calidad de los cuidados, que beneficia a la institución y a su capacidad para reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas.

Kolcaba cree que los profesionales de enfermería quieren aplicar los cuidados de confort y que pueden incorporarse fácilmente en cada actividad de enfermería. Propone que este tipo de práctica de confort fomenta la mayor creatividad y satisfacción de los profesionales de enfermería, además de la alta satisfacción de los pacientes. Para mejorar el confort, el profesional de enfermería debe aplicar las intervenciones apropiadas y documentar los resultados en el historial médico del paciente. Sin embargo, aunque la intervención adecuada se aplique de forma deliberada y reconfortante, quizás no se mejore lo suficiente la comodidad. Cuando el confort todavía no se ha aumentado al máximo, los profesionales de enfermería consideran variables de intervención para explicar por qué no funciona la gestión del confort. Estas variables pueden ser maltrato en el hogar, falta de recursos económicos, diagnósticos devastadores o deterioros cognitivos que hacen ineficaces las intervenciones y acciones de confort más adecuadas. La gestión del confort o los cuidados confortables comprenden intervenciones, acciones, el objetivo de mejorar el confort y la selección de conductas de búsqueda de la salud adecuadas por los pacientes, las familias y sus profesionales de enfermería. Por tanto, se ha propuesto que la gestión del confort es proactiva, enérgica, intencionada y deseada por los receptores de los cuidados en todos los contextos. Es lo que los profesionales de enfermería hacen cuando practican el arte de la enfermería. Para

reforzar el rol de las enfermeras como agentes de confort, es esencial la documentación de los cambios en el confort antes y después de sus intervenciones. En el uso clínico, Kolcaba propone pedir a los pacientes que puntúen su grado de confort de 0 a 10, siendo 10 el máximo confort posible en una situación de atención sanitaria dada. Esta documentación podría formar parte de las bases de datos electrónicas de cada institución (Boudiab y Kolcaba, 2015). Tenga en cuenta que el confort total puede no ser posible en la mayoría de las situaciones de la asistencia sanitaria, pero un aumento de la comodidad fortalecerá a los pacientes.

Planteamiento lógico

Kolcaba utilizó tres tipos de razonamiento lógico en el desarrollo de la teoría del confort: 1) inducción; 2) deducción, y 3) retroducción (Hardin y Bishop, 2010).

Inducción

La **inducción** consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número específico de casos observados (Hardin y Bishop, 2010). Cuando los profesionales de enfermería están seguros de su práctica y de la enfermería como disciplina, conocen los conceptos implícitos y explícitos, los términos, las proposiciones y las suposiciones que subyacen a su práctica. A los estudiantes de Enfermería se les puede pedir que hagan un diagrama de su práctica, como la Dra. Rosemary Ellis le pidió a Kolcaba y a otros estudiantes, y es una tarea engañosamente fácil de entender.

La situación a finales de los años ochenta, cuando Kolcaba empezaba, era la siguiente: era enfermera jefe en una unidad de Alzheimer y conocía algunos de los términos que se utilizaban entonces para describir la práctica del cuidado de la demencia, como **entorno facilitador, discapacidades por exceso** y **función óptima.** Sin embargo, cuando establecía relaciones entre ellos, reconocía que los tres términos no describían totalmente su práctica. Faltaba una pieza importante de la enfermería, y reflexionó sobre lo que hacían los profesionales de enfermería para evitar las discapacidades por exceso (más tarde estas acciones se

denominaron **intervenciones**) y cómo juzgar si estas intervenciones funcionaban. La función óptima se ha conceptualizado como la capacidad para participar en actividades especiales de la unidad, como poner la mesa, preparar una ensalada o asistir a un programa y seguirlo. Esas actividades hacían que los internos se sintieran bien con ellos mismos, como si fuera la actividad adecuada en el momento adecuado. Sin embargo, no podían realizarse más de dos veces al día, ya que los internos no podían tolerarlo. ¿Qué hacían entre tanto? ¿Qué conductas esperaba el personal que indicaran una ausencia de discapacidades por exceso? ¿Era necesario definir con más claridad el término *discapacidades por exceso*? Tener en cuenta estas cuestiones la llevó a reconsiderar los cuidados del paciente.

Las soluciones parciales a estas preguntas fueron: 1) introducir el concepto de confort en el diagrama original, porque esta palabra parecía transmitir el estado deseado para los pacientes cuando no participaban en actividades especiales; 2) dividir las discapacidades por exceso en físicas y mentales, y 3) observar el ciclo de retroalimentación entre el confort y el funcionamiento óptimo. Este pensamiento marcó los primeros pasos hacia una teoría del confort y la reflexión sobre las complejidades del concepto (Kolcaba, 2003).

Deducción

La **deducción** consiste en inferir conclusiones específicas a partir de premisas o principios generales; va de lo general a lo específico (Hardin y Bishop, 2010). En el estadio deductivo del desarrollo de la teoría se relacionó el confort con otros conceptos para crear una teoría. Puesto que se utilizó el trabajo de tres enfermeras teóricas para definir el *confort* (Henderson, 1966; Orlando, 1961; Paterson y Zderad, 1975), Kolcaba buscó en otro lugar los puntos en común necesarios para unificar el alivio, la tranquilidad y la transcendencia (tres conceptos principales). Se necesitaba un marco conceptual más abstracto y general, que fuera coherente con el confort e incluyera un número manejable de ideas muy abstractas.

El trabajo del psicólogo Henry Murray (1938) cumplía los criterios para elaborar un marco en el que situar los conceptos de enfermería de Kolcaba. Su teoría trataba sobre las necesidades humanas; por tanto, podía aplicarse a los pacientes que

experimentan múltiples estímulos en situaciones estresantes de la atención sanitaria. Además, la idea de Murray sobre tendencias unitarias dio a Kolcaba la idea de que, aunque el confort era específico del estado, si se aplicaban intervenciones de confort a lo largo del tiempo, el confort global de los pacientes podía aumentar con el tiempo. En este estadio deductivo del desarrollo de la teoría, empezó con una construcción teórica general y abstracta y utilizó el proceso sociológico de substrucción para identificar los niveles de conceptos más específicos (menos abstractos) para la práctica de la enfermería.

Retroducción

La **retroducción** es útil para seleccionar nuevos fenómenos que pueden desarrollarse más y probarse. Este tipo de razonamiento se aplica a campos que disponen de pocas teorías (Hardin y Bishop, 2010). Este fue el caso de la investigación de resultados, que ahora se centra en recoger bases de datos para medir resultados seleccionados, y relacionar esos resultados con tipos de protocolos de enfermería, de medicina, institucionales o comunitarios. El marco para el siglo XX de Murray no podía explicar el énfasis que se da en el siglo XXI a los resultados institucionales y comunitarios. Kolcaba añadió el concepto de **integridad institucional** a la teoría de nivel medio del confort utilizando la retroducción. Al añadir ese término, la teoría se amplió para considerar las relaciones entre las conductas de búsqueda de la salud y la integridad institucional. Más adelante, los conceptos de **mejores prácticas** y **mejores políticas** se relacionaron con la integridad institucional (Kolcaba, 2003). Los indicios basados en la teoría organizan la base de conocimientos para las mejores prácticas y políticas (v. fig. 33.2).

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

Muchos estudiantes de Enfermería e investigadores han elegido esta teoría como un marco de guía para sus estudios en áreas como

la obstetricia (Barbosa et al., 2014), la salud de los veteranos (Boudiab y Kolcaba, 2015), los cuidados posparto (Derya y Pasinlioglu, 2015), la enseñanza de los estudiantes de Enfermería (Goodwin y Candela, 2013), pacientes terminales (Hansen et al., 2015), pacientes cardíacos (Krinsky, Murillo y Johnson, 2014), atención a largo plazo (Kumar, Adiga y George, 2014) y antes de la anestesia (Seyedfatemi et al., 2014).

Cuando los profesionales de enfermería piden a los pacientes o a sus familiares que califiquen su confort de 0 a 10 antes y después de una intervención o a intervalos regulares, producen pruebas documentadas de que se está realizando un trabajo importante para el confort. Una escala es sensible a los cambios en el confort con el tiempo (Dowd et al., 2007; Parks et al., 2017). Es fácil disponer de una lista de intervenciones eficaces de confort para cada paciente o miembro de la familia y comunicarla.

Los profesionales de enfermería de perianestesia han incorporado la teoría del confort en sus *directrices de práctica clínica* para el manejo del confort del paciente. En este contexto, el manejo del confort especifica: 1) la valoración de las necesidades de confort de los pacientes relacionadas con la cirugía actual, los problemas de dolor crónico y las enfermedades concomitantes; 2) la creación de un contrato de confort con los pacientes antes de la cirugía que especifique las intervenciones eficaces de confort, la medida del confort comprensible y eficaz, y el tipo de analgesia posquirúrgica preferida; 3) la facilitación de la posición cómoda, la temperatura corporal y otros factores relacionados para que esté cómodo durante la cirugía, y 4) la continuación del manejo y la medida del confort en el período posquirúrgico (Wilson y Kolcaba, 2004).

Formación

Un libro de texto útil para la formación es el *Nursing Diagnosis Handbook* (Ackley, Ladwig y Makic, 2017). Los diagnósticos de enfermería de confort alterado *(altered comfort)* (Kolcaba) y disposición para mejorar el confort *(readiness for enhanced comfort)* (Boudiab) están recogidos en la última edición. La teoría también se incorpora en los manuales de la Nursing Intervention Classification (NIC) y la Nursing Outcomes Classification (NOC). La teoría es

apropiada para su uso por los estudiantes en cualquier situación clínica, y el uso de los planes de cuidado del confort *(comfort care plans)* disponibles en la página web de Kolcaba facilita su uso.

Recientemente, Goodwin y Candela (2013) utilizaron la teoría del confort como una filosofía de transición en un grupo de profesionales de enfermería que estaban empezando su práctica. Se enseñó a los nuevos profesionales de enfermería a intentar *aliviar* los factores de estrés, mantener la *tranquilidad* en sus nuevos contextos confiando en los miembros de su personal, y lograr la *transcendencia* de sus factores de estrés utilizando técnicas de autoconfort. Los autores afirmaron que «todos los participantes se refirieron al confort integral (CI) como algo que siguen utilizando tanto con los colegas como con los pacientes, lo que implica que la aplicación del CI por los profesionales de enfermería puede afectar a los resultados de la práctica» (pág. 618).

Investigación

Una entrada en la *Encyclopedia of Nursing Research* trata sobre la importancia de la medición del confort como un resultado sensible de enfermería (Kolcaba, 2012). Los profesionales de enfermería pueden proporcionar pruebas que influyan en la toma de decisiones en el ámbito institucional, comunitario y legislativo por medio de estudios que demuestren la eficacia del cuidado de confort. Kolcaba (2003) reclamó medidas del confort en grandes hospitales y en atención domiciliaria para extender la teoría y desarrollar la bibliografía sobre el confort basado en la evidencia.

Utilizando una estructura taxonómica del confort (v. fig. 33.1) como guía, Kolcaba (2003) desarrolló el GCQ para medir la comodidad integral en una muestra de participantes del hospital y de la comunidad. Se elaboraron ítems positivos y negativos para cada casilla de la cuadrícula de la estructura taxonómica. Se redactaron 24 ítems positivos y 24 negativos con un formato Likert que iba de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Cuanto más alta era la puntuación, mayor era el confort. Al final del estudio de instrumentación con 206 participantes únicos de todo tipo de unidades de dos hospitales y 50 participantes de la comunidad, el GCQ demostró un alfa de Cronbach de 0,88.

Se espera que los investigadores modifiquen los cuestionarios de confort para que sean específicos de sus áreas de investigación. Las escalas de puntuación verbales y otros cuestionarios con formatos tradicionales pueden descargarse de la página web de Kolcaba, donde responde a las preguntas sobre la investigación del confort para apoyar el uso de su teoría. Las instrucciones para utilizar los cuestionarios están disponibles en la página web. La popularidad de la teoría parece asociada a su sencillez y al reconocimiento universal del confort como un resultado deseable de los cuidados de enfermería para los pacientes y sus familias.

Evolución

Kolcaba ha continuado desarrollando su teoría desde su concepción original como el origen de su práctica, hasta el análisis de conceptos que proporcionó la estructura taxonómica del confort; el desarrollo de los sistemas de medición del concepto, y, actualmente, hasta su uso en la práctica, la formación y la investigación. Utilizó una amplia gama de abordajes para construir su teoría.

El desarrollo metódico y la documentación del concepto de confort dieron como resultado una teoría lógica, sólida y claramente organizada que se aplica fácilmente en numerosos contextos para la formación, la práctica y la investigación. Kolcaba elaboró plantillas de medida para facilitar la aplicación de la teoría del confort en otros contextos. Las plantillas de manejo del confort que proporcionó para su utilización en la práctica han sido útiles para estudiantes y profesores. Los resultados de la investigación han demostrado lo apropiada que es la teoría para medir los cambios integrales en la persona que fueron captados con menos eficacia con otros tipos de instrumentos.

La afirmación teórica original (parte 1) de la teoría del confort ha podido demostrarse empíricamente. Cuando una intervención de confort se dirige a satisfacer las necesidades integrales de comodidad de los pacientes en situaciones específicas de la atención sanitaria, el confort aumenta más allá de la medida de referencia. Además, el aumento del confort se ha relacionado con la participación en las conductas de búsqueda de la salud (Schlotfeldt, 1975). Deberían realizarse pruebas empíricas de las

afirmaciones teóricas para la segunda y tercera partes de la teoría del confort, y publicarse. Los resultados de las conductas de búsqueda de la salud deseables comprenden el aumento del estado funcional, un progreso más rápido durante la rehabilitación, una curación más rápida o una muerte tranquila cuando las conductas de búsqueda de la salud adecuadas se han negociado entre el paciente, los familiares y los cuidadores. Los resultados institucionales podrían incluir la menor duración de la estancia hospitalaria del paciente, menos reingresos en el hospital, la disminución de los costes y conseguir premios nacionales, como el Premio Beacon. Kolcaba atiende las consultas de los administradores de hospitales y formadores del personal que quieren mejorar la calidad de los cuidados (Boudiab y Kolcaba, 2015). Considera los cuidados de calidad como acciones de confort prestadas de forma deliberada para crear un entorno que lleve a comprometerse en conductas de búsqueda de la salud.

Kolcaba postula que destacar deliberadamente y apoyar el manejo del confort por parte de una institución o comunidad aumentan la satisfacción del paciente y la familia, ya que las personas se curan, se fortalecen y están motivadas para estar más sanas. El interés actual también comprende extender la teoría del confort a la comunidad. Se sabe que algunas comunidades son más cómodas que otras para vivir, ir al colegio y envejecer.

Un área de interés que hay que desarrollar con mayor profundidad es la naturaleza universal del confort. Actualmente, el GCQ se ha traducido a los idiomas taiwanés, turco, español, iraní, portugués e italiano (v. página web de Kolcaba). El confort en los niños se ha observado con detalle y documentado en entornos perioperatorios (Nancy Laurelberry, comunicación personal, febrero de 2008). El Comfort Daisies para que los niños informen por sí mismos sobre su confort (v. página web de Kolcaba) se ha probado en un entorno hospitalario (Carrie Majka, comunicación personal, febrero de 2008).

La teoría del confort se ha incluido en sistemas electrónicos de clasificación de enfermería como la North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Ackley, Ladwig y Makic, 2017), la NIC (2008) y la NOC (2008). Kolcaba atiende consultas de los hospitales para incluir el abordaje del confort en sus sistemas de

documentación (Boudiab y Kolcaba, 2015). La utilización de la teoría ha hecho contribuciones importantes a la práctica y a la disciplina enfermera. Aunque ha dejado la docencia a tiempo completo, Kolcaba sigue dedicando tiempo y energía al desarrollo y la divulgación de la teoría mediante presentaciones, publicaciones y análisis.

La teoría del confort se utiliza con frecuencia como un marco organizador para la certificación en el Magnet Status y otros premios a la excelencia en la atención sanitaria. Los profesionales de enfermería suelen elegir este marco, porque describe lo que quieren hacer para los pacientes y sus familiares, y lo que los pacientes desean de dichos profesionales durante su hospitalización. Al hospital se le ofrece un conjunto de usos posibles de los componentes del marco, como turnos de confort, criterios de revisión del rendimiento, métodos de documentación, escalas de criterios clínicos, etc. El beneficio de «valor añadido» cuando los profesionales de enfermería reciben apoyo con niveles adecuados de personal para aplicar sus intervenciones de confort puede demostrarse empíricamente midiendo los resultados institucionales, como la satisfacción de los pacientes, las designaciones «Best Hospital» y los ahorros de costes.

Otra forma en que la teoría del confort es apropiada para una amplia aplicación en un sistema hospitalario es proporcionar una base teórica para mejorar el entorno de trabajo. Kolcaba recogió información sobre las necesidades y deseos de los profesionales de enfermería en su práctica y la organizó en la estructura taxonómica del confort. A partir de este trabajo preliminar, se desarrollaron el Nurses Comfort Questionnaire (NCQ), que puede utilizarse en las pruebas piloto de los cambios del entorno de trabajo inspirados por los profesionales de enfermería, como el almuerzo obligatorio fuera de la unidad en un horario flexible o programado elegido por cada uno, una zona de descanso agradable y limpia, o la oportunidad de hacer preguntas después de situaciones difíciles para el paciente (Boudiab y Kolcaba, 2015; Rondinelli et al., 2015). Para hacer un estudio empírico, los profesionales de enfermería deberían hacer el NCQ antes de aplicar el cambio propuesto y repetirlo unos meses después para determinar si la comodidad de los profesionales de enfermería ha aumentado con el tiempo. Los resultados

institucionales, como el absentismo o el retraso laborales, o el cambio de personal podrían añadirse al estudio, porque la teoría del confort predice que estos resultados posteriores se correlacionan con el aumento del confort y la satisfacción de los profesionales de enfermería.

Crítica

Claridad

Kolcaba deja un extenso registro en papel de artículos que destacan sus pasos en la creación de esta teoría de nivel medio. Son consistentes en términos de definiciones, derivaciones, supuestos y propuestas. La claridad aumenta en su libro, que presenta la teoría y sus artículos que condujeron a ella (Kolcaba, 2003). Kolcaba aplica la teoría a las prácticas específicas utilizando un lenguaje académico pero comprensible. Todos los conceptos de investigación se definen de forma teórica y operativa.

Sencillez

La teoría del confort es sencilla, porque es básica para los cuidados de enfermería y la misión tradicional de la enfermería. Su lenguaje y aplicación son poco técnicos, pero ello no impide su uso en entornos muy especializados. Existen seis variables en la teoría, y las variables seleccionadas pueden utilizarse en proyectos de investigación o de formación. La principal intención de la teoría es que los profesionales de enfermería vuelvan a una práctica centrada en las necesidades integrales de los pacientes, dentro o fuera de las instituciones. Su sencillez permite a los estudiantes de Enfermería y a las enfermeras aprender y aplicar la teoría fácilmente (Kolcaba, 2003).

Generalidad

La teoría de Kolcaba se ha aplicado a numerosos ámbitos de la investigación, culturas y grupos de edad. Su libro se ha traducido al alemán, el japonés y el portugués. El único factor restrictivo para su aplicación es en qué grado valoran los profesionales de enfermería

y los administradores que se satisfagan las necesidades de confort de los pacientes. Si los profesionales de enfermería, las instituciones y las comunidades están comprometidos con los cuidados básicos de enfermería, la teoría del confort permite una práctica integral eficiente e individualizada. La estructura taxonómica del confort facilita a los investigadores el desarrollo de instrumentos de confort para nuevos contextos.

Accesibilidad

La primera parte de la teoría, que afirma que las intervenciones de enfermería eficaces harán que el confort mejore con el tiempo, ha sido contrastada y avalada por numerosos estudios. Además, en el estudio de Dowd, Kolcaba y Steiner (2000), la mejora del confort fue un factor predictivo importante del aumento de las conductas de búsquedas de la salud, lo que significa que, cuando los pacientes se sienten más cómodos, colaboran más en la rehabilitación o la recuperación. Esta relación empieza a apoyar las partes segunda y tercera de la teoría del confort. Los instrumentos de confort han demostrado tener potentes propiedades psicométricas que apoyan la validez de los cuestionarios como medidas del confort que revelan cambios en el confort con el tiempo y apoyan la estructura taxonómica. Las escalas de calificación verbal (ECV) son especialmente útiles para la práctica clínica; los profesionales de enfermería le piden al paciente que evalúe su confort total de 0 (ningún confort en absoluto) a 10 (mayor confort posible en esta situación). Estas calificaciones son importantes para documentar la eficacia de las intervenciones de enfermería mediante la comparación del confort de referencia con el confort después de los cuidados de enfermería. Las ECV también son útiles para empezar una conversación con el paciente o sus familiares sobre detractores del confort total. Se han utilizado en la investigación previa y han tenido una validez concurrente sólida en comparación con otros cuestionarios del confort (Dowd et al., 2007; Parks et al., 2017).

Importancia

La teoría del confort describe la práctica centrada en el paciente y explica el modo en que las medidas de confort afectan a los

pacientes y los familiares, a su salud y satisfacción, y a la viabilidad de las instituciones. La teoría predice el beneficio de las medidas (intervenciones) eficaces para mejorar el confort y la participación en las conductas de búsqueda de la salud. La teoría del confort está dedicada a fundamentar la enfermería al tender un puente entre esta disciplina y sus raíces. La documentación de las estrategias de confort y sus efectos demuestra empíricamente los conocimientos actuales de enfermería. El resultado del confort describe los efectos de las interacciones de ayuda con los pacientes y los familiares dignas de recordar que van más allá de las listas de comprobación de tareas o de la prescripción médica. Comprende los conocimientos avanzados y la ciencia de la enfermería. Es imperativo lograr que los sistemas de datos electrónicos incluyan resultados de valor añadido como el confort. La colaboración y la apertura de la página web de Kolcaba facilitan la divulgación de la teoría para su aplicación.

La orientación hacia el confort del paciente y sus familiares puede haber estado presente al principio de la enfermería, pero se ha hecho invisible y tal vez menos valorada en un sistema de atención sanitaria en el que es más importante el uso de fármacos y de la tecnología. Por tanto, volver a centrarse en el confort del paciente y la familia representa un regreso a las raíces de la enfermería, y también a la necesidad de pruebas empíricas sobre la importancia de los profesionales de enfermería meticulosos y cuidadosos. Podemos demostrar a través de la investigación que el confort es fundamental para la recuperación del paciente, para otras conductas de búsqueda de la salud y para la viabilidad institucional. El enfoque es aplicable a otras profesiones relacionadas con la atención sanitaria y a los trabajadores auxiliares. El empleo de un marco de confort aplicado en un hospital facilita que todo el mundo «esté en sintonía». Sus conceptos son entendidos y relevantes en todas las disciplinas de la atención sanitaria.

Resumen

Desde su concepción, la teoría del confort se ha centrado en lo que la disciplina enfermera hace por los pacientes. Conforme evolucionó la teoría, la definición derivada del análisis de

conceptos se amplió para incluir aspectos más amplios del paciente, como los culturales y los espirituales. El formato básico de la estructura taxonómica y el marco conceptual no cambian. El desarrollo del GCQ fue importante para validar que el concepto puede medirse y documentarse, es positivo y está relacionado con los resultados deseados para el paciente, su familia y la institución. La teoría del confort representa la forma en que la mayoría de los profesionales de enfermería quieren realizar su trabajo, y ofrece una manera de hacer que las medidas del confort sean visibles a través de la documentación y los planes del cuidado del confort.

La teoría guía fácilmente a los profesionales de enfermería en la planificación y el diseño de los cuidados sanitarios en cualquier contexto. Proporciona un marco útil en la formación que permite a los estudiantes organizar sus valoraciones y planes de cuidados y aprender conocimientos avanzados de enfermería, así como la ciencia. La teoría ofrece a los profesores de Enfermería una guía para atender las necesidades de confort de los estudiantes y también de los recién graduados (Goodwin y Candela, 2013). Las enfermeras con experiencia pueden demostrar a otros profesionales sanitarios lo que hacen más allá de los aspectos técnicos de la enfermería.

En la investigación, las pruebas de la teoría han validado la mejora del confort del paciente después de recibir intervenciones reconfortantes. El concepto de confort explica el aspecto de los cuidados de calidad que los pacientes describen como «sentirse mejor». Kolcaba ha desarrollado y ampliado de forma coherente la importancia del confort en todos los ámbitos de la atención sanitaria. A través de su razonamiento e interacción con enfermeras y otros profesionales sanitarios, el concepto evolucionó hacia técnicas de atención sanitaria y de pacientes. Las instituciones han reconocido el valor de diseñar entornos confortables para sus pacientes y para su personal. A través de las publicaciones de Kolcaba y las actividades de la página web, profesionales de enfermería de todo el mundo están utilizando la teoría del confort.

Caso clínico

Una mujer afroamericana de 32 años, madre de tres niños pequeños y embarazada de 28 semanas, ingresa en la unidad de

embarazos de alto riesgo con contracciones regulares. Está preocupada porque no ha podido cumplir los planes que tenía para su familia. Tiene muchas necesidades de confort, que se representan en la tabla 33.1. Cuando los profesionales de enfermería valoran las necesidades de confort de los pacientes, utilizan la estructura taxonómica o el recuadro del confort para identificar y organizar todas las necesidades conocidas. Utilizando el recuadro del confort (v. fig. 33.1) como guía mental, los profesionales de enfermería diseñan intervenciones de confort interrelacionadas que pueden aplicarse en una o dos interacciones enfermera-paciente-familia. Para este caso, en la tabla 33.2 se presentan algunas propuestas para individualizar los tipos de intervenciones de confort que podrían considerarse.

Tabla 33.1

Estructura taxonómica de las necesidades de confort para el caso clínico

Contexto del confort	Alivio	Tranquilidad	Transcendencia
Físico	Dolor lumbar Contracciones fuertes iniciales	Intranquilidad y ansiedad	La paciente piensa: «¿Qué les pasará a mi familia y a mis hijos?»
Psicoespiritual	Ansiedad y tensión	Incertidumbre sobre el pronóstico	Necesidad de apoyo emocional y espiritual
Del entorno	La compañera de habitación es primeriza La habitación es pequeña, limpia y agradable	Falta de intimidad Teléfono en la habitación Sentimiento de reclusión con reposo en la cama	Necesidad de calma, elementos del entorno familiares y acceso a distracciones
Sociocultural	Ausencia de familia y cuidados culturalmente sensibles	La familia no está presente Barreras lingüísticas	Necesidad de apoyo por parte de la familia u otras personas significativas Necesidad de información y consulta

Tabla 33.2

Acciones e intervenciones de cuidados de confort

Tipo de acción o intervención de cuidados de confort	Ejemplos
Intervenciones de confort estándar	Constantes vitales Resultados de las pruebas analíticas

	Valoración del paciente Fármacos y tratamientos Trabajador social
Entrenamiento *(coaching)*	Apoyo emocional Dar tranquilidad Formación Escucha Asistencia religiosa
Alimento de confort para el espíritu	Terapia de energía, como contacto terapéutico, si es culturalmente aceptable Musicoterapia o imágenes guiadas (elección de la música por el paciente) Pasar el rato Relaciones personales Reducción de los estímulos del entorno

Para uso clínico, el profesional de enfermería puede pedir al paciente que puntúe su confort antes y después de recibir las intervenciones en una escala de 0 a 10, siendo 10 el nivel máximo. Para determinar si una intervención específica ha mejorado el confort del paciente, se utiliza un cuestionario de confort con el que se evalúa cada celda del recuadro del confort (v. fig. 33.1). Una escala de tipo Likert con respuestas del 1 al 6 facilitaría una puntuación total del confort. Podría entregarse un cuestionario al paciente antes y después de aplicar la intervención para demostrar su grado de eficacia.

Compare las propuestas para el confort de esta madre de tres niños que se presentan en la tabla 33.2 con las medidas de confort que consideró cuando leyó el caso clínico de esta mujer. ¿Podría añadir medidas de confort de enfermería? Explíquelo utilizando la tabla 33.1.

Actividades de pensamiento crítico

1. Realice un diagrama de su práctica con los conceptos. ¿Dónde se sitúa el confort en su diagrama? ¿Cómo interactúa con los demás conceptos?
2. Seleccione a un paciente y aplique la teoría del confort en su práctica de la enfermería. ¿Cómo cambiaría la teoría su estilo de práctica? ¿Cómo describiría sus medidas del confort en relación con la estructura taxonómica? (v. fig. 33.1).
3. Identifique una necesidad de confort que haya resuelto en alguien a quien haya cuidado recientemente. ¿Cómo supo si

había tenido éxito?

4. Considere cómo aplicaría la teoría del confort en un contexto comunitario. ¿Qué intervenciones podrían aumentar el confort en un grupo agregado? ¿Cómo podría evaluar su eficacia?
5. Identifique un área de la práctica de la enfermería para investigar el confort y explique por qué es necesario.

Referencias para ampliar conocimientos

- Kolcaba, K. (1997). *TheComfortLine.com.* Extraído de http://www.thecomfortline.com.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A holistic vision for health care.* New York: Springer.
- Kolcaba, K. (2012). Comfort (including definition, theory of comfort, relevance to nursing, review of comfort studies, and future directions). In J. Fitzpatrick (Ed.), *The encyclopedia of nursing research* (3rd ed., pp. 75-77). New York: Springer.
- Kolcaba, K. Interview. *Nursing theorists: Portraits of excellence,* vol. III (vídeo). Athens, OH: Fitne, Inc.

Bibliografía

Aikens C. Making the patient comfortable. *The Canadian Nurse.* 1908;4(9):422–424.

Barbosa E, deOliveria F, Guedes M, et al. Nursing care for a puerpera based on the theory of comfort. *REME (Revista Mineira De Enfermagem).* 2014;18(4):850–854: (English translation).

Boudiab L, Kolcaba K. Comfort theory: Unraveling the complexities of veterans' health care needs. *Advances in Nursing Science.* 2015;38(4):270–278.

Derya Y, Pasinioglu T. The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after Caesarean sections. *International Journal of Nursing Knowledge,*. 2015: DOI:10.1111/2047-3095, Wiley Online Library.

Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. *Holistic Nursing Practice*. 2000;14(2):91–103.

Dowd T, Kolcaba K, Steiner R, Fashinpaur D. Comparison of healing touch

and coaching on stress and comfort in young college students. *Holistic Nursing Practice*. 2007;21(4):194–202.

Goodnow M. *The technique of nursing*. Philadelphia: Saunders; 1935.

Goodwin M, Candela L. Outcomes of newly practicing nurses who applied principles of holistic comfort theory during transition from school to practice: A qualitative study. *Nurse Education Today*. 2013;33(6):614–619.

Hamilton J. Comfort and the hospitalized chronically ill. *Journal of Gerontological Nursing*. 1989;15(4):28–33.

Hansen D, Higgins P, Warner C, Mayo M. Exploring family relationships through associations of comfort, relatedness states, and life closure in hospice patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*. 2015;13(2):305–311.

Hardin S, Bishop S. Logical reasoning. In: Alligood MR, Tomey AM, eds. *Nursing theorists and their work*. 7th ed. St Louis, MO: Mosby-Elsevier; 2010:26–35.

Harmer B. *Methods and principles of teaching the principles and practice of nursing*. New York: Macmillan; 1926.

Henderson V. *The nature of nursing*. New York: Macmillan; 1966.

Kolcaba, K. (1997). TheComfortLine.com, www.TheComfortLine.com.

Kolcaba K. *Comfort theory and practice: A holistic vision for health care*. New York: Springer; 2003.

Kolcaba K. Comfort (including definition, theory of comfort, relevance to nursing, review of comfort studies, and future directions). In: Fitzpatrick J, ed. *The encyclopedia of nursing research*. 3rd ed. New York: Springer; 2012:75–77.

Kolcaba K, Fisher E. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*. 1996;18(4):66–76.

Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*. 2014;27(2):147–150.

Kumar S, Adiga K, George A. Effectiveness of mindfulness based stress reduction (MBSR) on stress and anxiety among elderly residing in residential homes. *International Journal of Nursing Care*. 2014;2(2):81–85.

Ackley BJ, Ladwig GB, Makie MB. NANDA *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care*. 11th ed. St Louis: Mosby; 2017.

NIC; Bulecheck, G.M., Butcher, H.K., & McCloskey-Dochterman, J. (2008). *Nursing interventions classifications* (5th ed., 78-79, 532-533, 578-579). St Louis: Mosby.

NOC; Moorehead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2008). *Nursing outcomes classifi cations* (4th ed., pp. 280-284, 753-756). St Louis:

Mosby.
McIlveen K, Morse J. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*. 1995;4(2):127–148.
Murray H. *Explorations in personality*. New York: Oxford Press; 1938.
Nightingale F. *Notes on nursing*. London: Harrison; 1859.
Orlando I. *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process, and principles*. New York: Putnam; 1961.
Parks M, Morris D, Kolcaba K, McDonald P. An evaluation of patient comfort during acute psychiatric hospitalization. *Perspectives in Psychiatric Nursing*. 2017;53(1):29–37.
Paterson J, Zderad L. *Humanistic nursing*. New York: National League for Nursing; 1975.
Rondinelli J, Long K, Seelinger C, Crawford C, Valdez R. Factors related to nurse comfort when caring for families experiencing perinatal loss. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2015;3(31):158–163.
Schlotfeldt R. The need for a conceptual framework. In: Verhovic P, ed. *Nursing research*. Boston: Little, Brown; 1975:3–25.
Seyedfatemi N, Rafi F, Rezaei M, Kolcaba K. Comfort and hope in the preanesthesia stage in patients undergoing surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2014;29(3):213–220.
Townsend C, Bonham E, Chase L, Dunscomb J, McAlister S. A comparison of still point induction to massage therapy in reducing pain and increasing comfort in chronic pain. *Holistic Nursing Practice*. 2014;2(28):78–84.
Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting (invited article). *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2004;19(3):164–173.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Kolcaba K. Holistic care: Is it feasible in today's health care environment? In: Feldman H, ed. *Nursing leaders speak out*. New York: Springer; 2001:49–54.
Kolcaba K. Kolcaba's theory of comfort. In: Robinson D, Kish C, eds. *Core concepts in advanced practice nursing*. St Louis: Mosby; 2001:418–422.
Kolcaba K. *Comfort theory and practice: A holistic vision for health care*. New

York: Springer; 2003.

Kolcaba K. Katharine Kolcaba's comfort theory. In: Parker M, Smith M, eds. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2010:389–401.

Kolcaba K. Comfort. In: Peterson SJ, Bredow TS, eds. *Middle range theories: Application to nursing research*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2017:196–210.

Kolcaba K. Impaired comfort. In: Ackley B, Ladwig G, eds. *Nursing diagnosis handbook*. St Louis: Mosby; 2017:219–222.

Kolcaba K, Kolcaba R. Integrative theorizing: Linking middle-range nursing theories with the Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman systems model*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011:299–313.

Kolcaba K, Mitzel A. Hand massage. In: Ackley BJ, Ladwig GB, Swan BA, Tucker SJ, eds. *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. St Louis: Mosby; 2008:402–407.

Kolcaba K, Mitzel A. Simple massage. In: Ackley BJ, Ladwig GB, Swan BA, Tucker SJ, eds. *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. St Louis: Mosby; 2008:504–508.

Schuiling K, Sampselle C, Kolcaba K. Exploring the presence of comfort within the context of childbirth. In: Bryar R, Sinclair M, eds. *Theory for midwifery practice*. 2nd ed. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2011:197–214.

Artículos de revistas

Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Development of an instrument to measure holistic client comfort as an outcome of healing touch. *Holistic Nursing Practice*. 2006;20(3):122–129.

Kolcaba K. The art of comfort care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1995;27(4):287–289.

Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*. 1999;26(1):67–92.

Kolcaba K, Steiner R. Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*. 2000;18(1):46–62.

Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*. 2006;36(11):518–544.

Kolcaba K, Wilson L. The framework of comfort care for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2002;17(2):102–114.

Paiva B, deCarvalho A, Kolcaba K, Paiva C. Validation of the holistic

comfort questionnaire-caregiver in Portuguese-Brazil in a cohort of informal caregivers of palliative care cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015;23(2):343–351.

Wagner D, Byrne M, Kolcaba K. Effect of comfort warming on preoperative patients. *AORN Journal*. 2006;84(3):1–13.

Cook C, Clark T, Brunton M. Optimizing cultural safety and comfort during gynaecological examinations: Accounts of indigenous Maori women. *Nursing Praxis in New Zealand*. 2014;30(3):19–34.

March A, McCormack D. Nursing theory-directed health care: Modifying Kolcaba's comfort theory as an institution-wide approach. *Holistic Nursing Practice*. 2009;23(2):75–80.

Mohammadi F, Eftekhari M, Dejman M, Forouzan A, Mirabzadeh A. Seeking comfort: Women mental health process in I.R. Iran: A grounded theory study. *International Journal of Preventive Medicine*. 2014;5(2):217–223.

Norton E, Holloway I, Galvin K. Comfort vs risk: A grounded theory about female adolescent behavior in the sun. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(13–14):1889–1899.

Slatyer S, Williams A, Michael R. Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(1):229–239.

* La autora desea dar las gracias a Katharine Kolcaba por su ayuda en este capítulo.

Créditos de la fotografía: Barker's Camera Shop, Chagrin Falls, OH.

34

Teoría de la depresión posparto

M. Katherine Maeve[*]

«El nacimiento de un bebé es motivo de alegría, o así debería ser… Pero para algunas mujeres la alegría no es una opción.»
(Beck, 2006, pág. 40)

Cheryl Tatano Beck

Acreditaciones y antecedentes

Cheryl Tatano Beck se graduó en 1970 en la Western Connecticut State University con una diplomatura en Enfermería. Durante su primera rotación clínica se dio cuenta de que la enfermería obstétrica iba a ser su especialidad durante toda su vida. Después de graduarse, trabajó como enfermera titulada en el Yale New Haven Hospital, en la unidad de enfermería de posparto y recién nacidos sanos. En 1972 terminó un máster en Enfermería Materna y del Recién Nacido en la Yale University y obtuvo su titulación como comadrona. En 1982 completó su doctorado en Ciencias de la Enfermería en la Boston University.

Desde su inicio como instructora en 1973, Beck ha conseguido distinciones académicas con una categoría cada vez mayor en varias universidades importantes, como las de Maryland, Míchigan, Florida Atlantic, Rhode Island y Yale, y como profesora en la de Connecticut, donde ocupa una plaza conjunta en las Facultades de Enfermería y Medicina. Beck ha sido consultora en numerosos proyectos de investigación para universidades y agencias estatales en el nordeste de EE. UU. Durante su carrera ha recibido más de 30 premios, entre ellos el Premio al Investigador Distinguido del Año de la Eastern Nursing Research Society en 1999. Es miembro de la American Academy of Nursing desde 1993.

Este conjunto de trabajos ha dado como resultado una importante teoría de la depresión posparto (Beck, 1993) y el desarrollo de la Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) (Beck, 2002c; Beck y Gable, 2000) y el Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI) (Beck, 1998, 2002a).

Como prolífica autora y divulgadora de su investigación, Beck ha escrito más de 100 artículos basados en la investigación y ha realizado presentaciones sobre la investigación a nivel local, nacional e internacional. Ha formado parte del comité editorial de numerosas revistas de enfermería, entre ellas *Advances in Nursing Science, Nursing Research* y *Journal of Nursing Education.* Beck también ha formado parte del comité ejecutivo de la Marce Society, una sociedad internacional para la comprensión, la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales asociadas al parto, y del comité de asesoramiento de la Donaghue Medical Research Foundation, en Connecticut. Durante su carrera profesional, Beck ha recibido numerosos galardones locales, nacionales e internacionales por su trabajo. En 2011 recibió el Premio de la Sigma Theta Tau International Honor Society a la Mejor Publicación en *Journal of Nursing Scholarship* sobre profesión, salud mundial y sistemas de salud por «International Differences in Nursing Research», que escribió en colaboración con D. F. Polit. Ella y sus colegas de investigación recibieron el Premio al Artículo sobre Salud de 2012 publicado en *Journal of Midwifery & Women* por «Postpartum Depressive Symptomatology», una publicación de los resultados de su encuesta nacional en dos fases. También en 2012, recibió el Premio Annie Goodrich a la Enfermera Distinguida

Conferenciante.

Muchas personas dentro del campo de la enfermería conocen el clásico texto de investigación de Polit y Hungler, utilizado en muchos programas de grado de Enfermería. Beck fue coautora de la séptima edición del Polit (Polit y Beck, 2003), lo que refleja su experiencia como investigadora. En 2011, este texto recibió el Premio al Libro del Año de la *American Journal of Nursing* por su novena edición (Polit y Beck, 2011). Beck ha publicado artículos sobre estrategias de análisis estadístico y abordajes para la investigación cualitativa.

Aunque ha dirigido siete estudios importantes sobre temas de formación y de cuidados para estudiantes de Enfermería no graduados, durante más de tres décadas ha contribuido al desarrollo del conocimiento de la enfermería obstétrica. Su carrera investigadora se inició con el estudio de parturientas, con especial interés en la monitorización fetal. Más adelante centró su investigación en el período posparto y en estudios específicos de los trastornos del estado de ánimo después del parto.

Fuentes teóricas y filosóficas

Aunque Beck no estudia los cuidados como un principio teórico o específico para su investigación, ha realizado estudios que evidencian su convicción de la importancia de los cuidados en la enfermería. Su uso de la teoría de los cuidados de Jean Watson confirma los cuidados como algo central para la enfermería, al mismo tiempo que reconoce la preocupación de Watson sobre que las metodologías cuantitativas pueden no reflejar de forma adecuada el ideal de los cuidados transpersonales. A través de los escritos de Beck, incluidos los informes de investigación, es evidente que el uso de métodos tanto cuantitativos como cualitativos para el avance de la enfermería como profesión de cuidados es deseable y factible en la práctica, la investigación y la formación.

Puesto que muchos de los estudios empleados para desarrollar la teoría de la depresión posparto de Beck tienen una naturaleza cualitativa, la autora ha citado varias fuentes teóricas que reflejan las raíces filosóficas y teóricas de metodologías importantes para el

tipo de conocimiento desarrollado en cada estudio. La fenomenología se empleó en el primer estudio específico sobre cómo experimentaban la depresión posparto las mujeres, usando el abordaje de Colaizzi (1978). En su siguiente estudio, Beck aplicó la teoría fundamentada como influenciada por las ideas teóricas y filosóficas de Glaser (1978), Glaser y Strauss (1967), y Hutchinson (1986), que contribuyeron en sus orígenes a la evolución de la teoría fundamentada en enfermería. A través de todo el trabajo de Beck, y en consonancia con la teoría feminista, existe una valoración explícita de la importancia de entender el embarazo, el parto y la maternidad a través de «los ojos de las mujeres». Además, Beck se da cuenta de que el parto tiene lugar en muchos contextos simultáneos (médico, social, económico) y de que las reacciones de las madres ante el parto y la maternidad están modeladas por sus respuestas contextuales.

Una fuente teórica inusual procede del trabajo de Sichel y Driscoll (1999), quienes desarrollaron un modelo de tipo terremoto para conceptualizar cómo las interacciones entre la biología y la vida dan lugar a lo que ellos denominan *carga bioquímica.* A lo largo del tiempo, con los constantes desafíos químicos relacionados con los factores de estrés, el cerebro de las mujeres puede desarrollar un tipo de «línea de fallo» que es menos probable que permanezca intacta durante los momentos críticos de sus vidas (como en el reto al que se enfrentan en el parto), dando lugar a un tipo de «terremoto». Beck comprendió que el modelo de Sichel y Driscoll «propone que la combinación de la estructura genética, los antecedentes hormonales y reproductivos, y las experiencias vitales de una mujer predice el riesgo de un "terremoto", que se produce cuando su cerebro no puede estabilizarse y surgen los problemas del estado de ánimo». Aunque es fácil entender los desafíos fisiológicos y hormonales que suponen los embarazos para las mujeres, el modelo del terremoto de Sichel y Driscoll fue importante para ayudar a Beck a conceptualizar de forma integral los fenómenos que pueden afectar al desarrollo de la depresión posparto en las mujeres. Aunque la autora afirma que ella nunca ha sufrido depresión posparto tras el nacimiento de sus propios hijos, quienes la sufren pueden relacionarla con la metáfora del terremoto, que termina con temblores que culminan en la depresión

posparto, o peor aún, la psicosis posparto.

Beck ha identificado a Robert Gable como una fuente especialmente importante en su trabajo, como profesor emérito en la Neag School of Education de la University of Connecticut. Tras el desarrollo de un corpus de conocimientos sobre la depresión posparto, los siguientes pasos lógicos para Beck fueron el desarrollo de instrumentos que pudieran predecir y detectar de forma sistemática la depresión posparto. Gable ayudó a Beck a hacer operativa su teoría para su aplicación en la práctica, y ha seguido participando directamente durante el desarrollo paso a paso de la PDSS, incluida la versión en español (Beck y Gable, 2003).

Principales conceptos y definiciones

Los principales conceptos de Beck se han perfeccionado y aclarado durante los años de trabajo sobre la depresión posparto. Los dos primeros conceptos, trastornos posparto del estado de ánimo y pérdida de control, se desarrollaron utilizando la fenomenología y métodos de la teoría fundamentada (Beck, 2002b).

Conceptos 1 y 2

1. Trastornos posparto del estado de ánimo

La depresión posparto y la tristeza de la maternidad se han definido mejor con el tiempo, así como el conocimiento de la psicosis posparto. Se han identificado otros dos trastornos del estado de ánimo perinatales: el trastorno obsesivo-compulsivo posparto y el trastorno de pánico de inicio en el posparto, así como en qué se diferencian y cómo están relacionados.

Depresión posparto

La **depresión posparto** es un trastorno depresivo mayor, no psicótico, con criterios diagnósticos diferenciados, que suele comenzar en las primeras 4 semanas después del parto, aunque puede producirse en cualquier momento durante el primer año tras el parto. La depresión posparto no es autolimitada y es más difícil de tratar que una depresión simple. Las tasas de prevalencia son del 13 al 25%, y afecta más a mujeres en situación de pobreza, que viven en ciudades del interior o que son adolescentes. Alrededor

del 50% de las mujeres que sufren depresión posparto tienen episodios que duran 6 meses o más.

Tristeza de la maternidad

Conocida también como **tristeza posparto** y **tristeza del bebé,** la **tristeza de la maternidad** es un período relativamente transitorio y autolimitado de melancolía y cambios del estado de ánimo durante el principio del período posparto. Afecta hasta al 75% de todas las mujeres en todas las culturas.

Psicosis posparto

La **psicosis posparto** es un trastorno psicótico que se caracteriza por alucinaciones, delirios, agitación e incapacidad para dormir, junto con una conducta inusual e irracional. Aunque es relativamente infrecuente (1-2 mujeres por cada 1.000 nacimientos), representa una verdadera urgencia psiquiátrica, porque tanto la madre como el niño (y quizás otros niños) están en grave riesgo de sufrir daños. Aunque suele iniciarse durante la primera semana después del parto, con frecuencia no se detecta hasta que se produce un daño grave.

Trastorno obsesivo-compulsivo posparto

El **trastorno obsesivo-compulsivo posparto** se ha identificado recientemente y no se han descrito las tasas de prevalencia. Los síntomas comprenden pensamientos repetitivos e intrusivos de dañar al recién nacido, miedo de quedarse sola con el lactante e hipervigilancia a la hora de protegerle.

Trastorno de pánico de inicio en el posparto

El **trastorno de pánico de inicio en el posparto** también se ha identificado recientemente y no se dispone de tasas de prevalencia. Se caracteriza por un inicio brusco de ansiedad, miedo, respiración rápida, palpitaciones y sensación de muerte inminente.

2. Pérdida de control

La **pérdida de control** se identificó como un problema psicosocial básico en la teoría sustantiva del trabajo inicial de Beck, en 1993. Esta teoría descriptiva se refiere al proceso por el que pasan las mujeres con depresión posparto. Las mujeres experimentaban pérdida de control en todas las áreas de la vida, aunque las circunstancias concretas podían ser diferentes. El concepto de pérdida de control encaja con la bibliografía existente y deja a las

mujeres con la sensación de «estar al límite». El proceso identificado consta de las cuatro fases siguientes:

1. **Encuentro con el terror:** consiste en ataques horribles de ansiedad, confusión envolvente y pensamientos obsesivos incesantes.
2. **Muerte de una misma:** consiste en una irrealidad alarmante, contemplando e intentando la autodestrucción, y aislándose una misma.
3. **Lucha para sobrevivir:** consiste en luchar contra el sistema, buscar ayuda en los grupos de apoyo y rezar para encontrar alivio.
4. **Recuperación del control:** consiste en una transición impredecible, una recuperación comedida y lamentarse por el tiempo perdido.

Las ideas y definiciones conceptuales descritas anteriormente se usaron para desarrollar focos específicos con el fin de realizar pruebas. Inicialmente, Beck (1998) identificó ocho factores de riesgo para la depresión posparto. En los estudios posteriores se han añadido áreas en las que Beck determinó que se necesitaba una mayor claridad conceptual. Un área importante de cambio se refiere al matrimonio. A través de la investigación, se observó que había dos factores maritales de interés: el estado marital y la naturaleza de la satisfacción con la relación marital. Otros dos factores de riesgo identificados fueron la situación socioeconómica y las cuestiones de embarazos no planeados y no deseados (Beck, 2002b).

Conceptos 3 a 15

Los conceptos 3 a 15 son conceptos principales que se ha descubierto que son factores predictivos o factores de riesgo significativos de la depresión posparto (Beck, 2002b). La interpretación más actual de las dimensiones del efecto fue asignada a partir de un metaanálisis de 138 estudios existentes y se encuentra al final de cada definición del concepto.

3. Depresión prenatal

Se ha observado que la depresión durante uno o todos los

trimestres del embarazo es el factor predictivo más importante de depresión posparto. (Tamaño del efecto: medio.)

4. Estrés del cuidado del niño

El **estrés del cuidado del niño** se refiere a los acontecimientos estresantes relacionados con el cuidado del niño, como problemas de salud del lactante y la dificultad para el cuidado relacionado con la alimentación y el sueño. (Tamaño del efecto: medio.)

5. Estrés vital

El **estrés vital** es un índice de los acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo y el posparto. El número de experiencias vitales y la cantidad de estrés creado por cada uno de los acontecimientos de la vida se combinan para determinar la cantidad de estrés vital que una mujer está experimentando. Los acontecimientos estresantes de la vida pueden ser negativos o positivos, y pueden incluir experiencias como las siguientes:

- Cambios maritales (p. ej., divorcio o nuevo matrimonio).
- Cambios laborales (p. ej., cambio de empleo).
- Crisis (p. ej., accidentes, robos, crisis económicas y enfermedades que requieren hospitalización).

(Tamaño del efecto: medio.)

6. Apoyo social

El **apoyo social** se refiere al apoyo instrumental (p. ej., cuidado de los niños, ayuda con las tareas de la casa) y al apoyo emocional. Los rasgos estructurales de la red social de una mujer (marido o pareja, familia y amigos) comprenden la proximidad de sus miembros, la frecuencia del contacto y el número de confidentes con los que la mujer puede compartir temas personales. Se produce falta de apoyo social cuando una mujer percibe que no está recibiendo la cantidad de apoyo instrumental o emocional que ella esperaba. (Tamaño del efecto: medio.)

7. Ansiedad prenatal

La **ansiedad prenatal** se produce en cualquier trimestre o en todo el embarazo. La *ansiedad* se refiere a los sentimientos de

intranquilidad o de aprensión relacionados con una amenaza vaga e inespecífica. (Tamaño del efecto: medio.)

8. Satisfacción marital

Se evalúa el grado de satisfacción con una relación marital e incluye lo feliz o lo satisfecha que está la mujer con determinados aspectos de su matrimonio, como la comunicación, el afecto, la similitud de valores (p. ej., economía, cuidado de los niños), la actividad mutua y la toma de decisiones, además del bienestar global. (Tamaño del efecto: medio.)

9. Antecedentes de depresión

Una mujer tiene antecedentes de depresión si existe algún informe de haber tenido una crisis de depresión antes de este embarazo. (Tamaño del efecto: medio.)

10. Temperamento del lactante

El **temperamento** es la disposición y la personalidad del lactante. *Temperamento difícil* describe a un lactante irritable, nervioso, impredecible y difícil de consolar. (Tamaño del efecto: medio.)

11. Tristeza materna

La **tristeza materna** se definió previamente como una situación no patológica después del parto. Los episodios prolongados de tristeza materna (que duran más de 10 días) pueden predecir una depresión posparto. (Tamaño del efecto: de pequeño a medio.)

12. Autoestima

La **autoestima** es el sentimiento general de la mujer sobre el propio valor y la propia aceptación. Es su confianza en sí misma y su satisfacción consigo misma. Una baja autoestima refleja una autoevaluación y unos sentimientos negativos sobre uno mismo o sobre las capacidades de uno mismo. (Tamaño del efecto: medio.)

13. Situación socioeconómica

La **situación socioeconómica** es el nivel o estatus de una persona en la sociedad que representa una combinación de factores sociales y económicos, como ingresos, educación y ocupación. (Tamaño del efecto: pequeño.)

14. Situación marital

La **situación marital** es la situación de una mujer en lo que respecta al matrimonio; indica si una mujer está soltera o casada, si convive con su pareja, si está divorciada, viuda o separada, o si tiene pareja. (Tamaño del efecto: pequeño.)

15. Embarazo no planeado o no deseado

La expresión **embarazo no planeado o no deseado** se refiere a un embarazo que no fue planificado ni deseado. La cuestión de los embarazos que siguen sin ser deseados tras una ambivalencia inicial tiene una importancia especial. (Tamaño del efecto: pequeño.)

Conceptos 16 a 22

Estos últimos conceptos representan la consecuencia de todos los factores predictivos y de riesgo que se usan para la detección sistemática de las mujeres con síntomas de depresión posparto en la PDSS (Beck, 2002c).

16. Trastornos del sueño y de la alimentación

Entre los **trastornos del sueño y de la alimentación** están la imposibilidad de dormir incluso cuando el bebé está dormido, las sacudidas y las vueltas antes de conciliar el sueño, los despertares en plena noche y la dificultad para recuperar el sueño. Aun cuando la mujer es consciente de la necesidad de comer, puede experimentar pérdida de apetito e incapacidad para ingerir alimentos.

17. Ansiedad e inseguridad

La **ansiedad e inseguridad** comprenden la hiperatención a temas relativamente banales, sentimientos de estar fuera de sí, sensación de la necesidad de estar moviéndose o caminando. Hay un sentimiento constante de inseguridad y sensación de estar sobrepasada en el nuevo papel de madre.

18. Labilidad emocional

Una mujer con **labilidad emocional** tiene una sensación de que sus emociones son inestables y están fuera de su control. Se caracteriza con frecuencia por llanto sin ninguna razón especial, irritabilidad, rabia explosiva y temor de no volver a ser feliz.

19. Confusión mental

La **confusión mental** se caracteriza por una incapacidad acusada para concentrarse, centrarse en una tarea concreta o tomar decisiones. Existe un sentimiento general de ser incapaz de regular los propios procesos de pensamiento.

20. Pérdida de una misma

El sentimiento de las mujeres de que los aspectos de sí mismas que reflejan su identidad personal han cambiado desde el parto, de forma que no pueden identificar quiénes son realmente y tienen miedo de no poder volver a ser nunca ellas mismas de nuevo.

21. Culpabilidad y vergüenza

Una mujer experimenta **culpabilidad y vergüenza** cuando percibe que lo está haciendo mal como madre y tiene pensamientos negativos respecto a su hijo. Esto da lugar a una incapacidad para abrirse a los demás sobre lo que siente y contribuye a un retraso en el diagnóstico y en la intervención.

22. Pensamientos suicidas

Una mujer tiene **pensamiento suicidas** cuando piensa con frecuencia en dañarse a sí misma o en terminar con su vida para escapar de la pesadilla de la depresión posparto.

Uso de datos empíricos

Cuando Beck comenzó a analizar la depresión posparto en 1993, se dio cuenta de que solo dos estudios cualitativos contribuían a la base del conocimiento del trastorno. La mayor parte de los estudios se basaban en el conocimiento desarrollado en disciplinas distintas a la enfermera. Indudablemente, la formación de Beck como enfermera comadrona le dio una visión de las mujeres a lo largo del período posparto que no suele estar disponible en otras disciplinas relacionadas con las mujeres en el período perinatal.

En 1993, tras cuatro grandes estudios sobre mujeres en el período posparto, Beck desarrolló una teoría sustantiva sobre la depresión posparto empleando la metodología de la teoría fundamentada. La teoría sustantiva se tituló «estar al límite», con la pérdida de control como el problema psicosocial básico identificado.

Desde el desarrollo de la teoría sustantiva, Beck ha diseñado y colaborado en numerosos estudios para mejorar la teoría, analizando las experiencias de depresión posparto en las interacciones madre-hijo, el pánico posparto, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el traumatismo del nacimiento, para establecer diferencias entre los trastornos del estado de ánimo posparto (depresión posparto, tristeza materna, psicosis posparto, trastorno obsesivo-compulsivo posparto, trastorno de pánico de inicio en el posparto). Se llevaron a cabo metaanálisis sobre los factores predictivos de la depresión posparto, la relación entre la depresión posparto y el temperamento del lactante, y los efectos de la depresión posparto sobre la interacción entre la madre y el lactante. Además, se realizaron dos metaanálisis cualitativos sobre la depresión posparto y las maternidades múltiples.

Beck utilizó 10 estudios cualitativos de la depresión posparto en mujeres de una amplia variedad de procedencias geográficas y culturales. Las mujeres representadas en estos estudios eran mujeres caribeñas de color, irlandesas, indias, chinas de Hong Kong, de la tribu hmong, de Oriente Medio residentes en el Reino Unido, asiáticas, portuguesas, australianas, canadienses y afroamericanas. Estos nuevos datos se utilizaron para comparar la teoría fundamentada de Beck de estar al límite en mujeres de otras culturas. Beck observó que la capacidad de modificación de la teoría coincidía con las expectativas teóricas de una teoría fundamentada sustantiva relevante. Por tanto, la teoría de «estar al límite», con la «pérdida de control» como el proceso psicosocial básico, se ha ampliado funcionalmente a mujeres de muchas otras culturas en todo el mundo (Beck, 2012).

Principales premisas

Enfermería

Beck describe la enfermería como una profesión de administración de cuidados con la obligación de cuidar a las personas a su cargo, a los estudiantes y entre sí. Además, las relaciones interpersonales entre los profesionales de enfermería y las personas a las que cuidan son las principales vías mediante las que estos profesionales

alcanzan los objetivos de salud e integridad.

Persona

Las personas se describen en términos de integridad, con componentes biológicos, sociológicos y psicológicos. Además, existe un fuerte compromiso con la idea de que las personas, o la personalidad, se comprenden en el contexto de la familia y de la comunidad.

Salud

Beck no define la *salud* de forma explícita. Sin embargo, en sus escritos incluye las ideas tradicionales de salud física y mental. La salud es la consecuencia de las respuestas de las mujeres a los contextos de sus vidas y de su entorno. Los contextos de salud son vitales para entender cualquier cuestión singular de la salud.

Entorno

Beck escribe sobre el entorno en términos amplios, que comprenden factores individuales, además del mundo exterior de cada persona. El entorno externo comprende los acontecimientos, las situaciones, la cultura, los ecosistemas físicos y los sistemas sociopolíticos. Además, se reconoce que las mujeres en el período fértil reciben cuidados dentro de un entorno de atención sanitaria estructurado en el modelo médico e impregnado por una ideología patriarcal.

Fundamentos teóricos

Los postulados de la teoría de Beck están bien representados a lo largo de sus escritos. Reconoce la importancia del trabajo de Sichel y Driscoll (1999) relacionado con los factores biológicos que intervienen en la depresión posparto en las siguientes afirmaciones:

- El cerebro puede acomodarse bioquímicamente a diversas situaciones de estrés relacionadas con acontecimientos externos o internos.

- Los acontecimientos estresantes (internos o externos), especialmente durante períodos prolongados, producen una alteración de la regulación biológica en el cerebro. Cuantos más daños sufra el cerebro, más alteraciones crónicas se producirán en él. Cuando un cerebro ya alterado tiene que enfrentarse a nuevas situaciones de estrés (internas o externas), es probable que se produzca un trastorno grave psiquiátrico y del estado de ánimo.
- El cerebro normal y único de las mujeres y su química hormonal dan lugar a una vulnerabilidad ante los trastornos del estado de ánimo en los momentos críticos de sus vidas, como el posparto.
- La depresión posparto está causada por una combinación de factores estresantes biológicos (incluidos los genéticos), psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales.
- La depresión posparto no es un trastorno homogéneo. Las mujeres pueden expresar una depresión posparto con un único síntoma, pero es más probable que tengan una constelación de síntomas variables. Esto se debe a sus distintos antecedentes vitales de situaciones estresantes externas e internas.
- Culturalmente, se espera que las mujeres se sientan felices, parezcan felices, se comporten como personas felices, comprendan cómo ser madres de forma natural y experimenten la maternidad con un sentimiento de estar completas. Estas expectativas hacen que sea difícil para las mujeres expresar sus sentimientos genuinos de angustia.
- El estigma unido a las enfermedades mentales aumenta considerablemente cuando una enfermedad mental se relaciona con el nacimiento de un hijo, lo que hace que las mujeres no expresen su sufrimiento.
- Dentro del marco de la prevención, la depresión posparto puede evitarse mediante la identificación y el alivio de los factores de riesgo durante el período preparto. La depresión posparto puede identificarse de forma precoz con un cribado cuidadoso y puede tratarse de forma eficaz. La prevención puede aliviar meses de sufrimiento y disminuir

los efectos nocivos sobre las mujeres, los lactantes y sus familias.

- Algunos problemas y desafíos biológicos, sociológicos y psicológicos son completamente normales en todos los embarazos. Pueden incluir cansancio, alteraciones del sueño, preguntas sobre las propias capacidades y otros. Los cuidados prenatales y posnatales comprensivos pueden eliminar los síntomas patológicos molestos y ayudar a las mujeres a normalizar los síntomas esperados, de forma que disminuya el grado de estrés que realmente experimentan.

Planteamiento lógico

La teoría de la depresión posparto de Beck, como se ha descrito en los apartados anteriores de este capítulo, identifica cómo la lógica inductiva y deductiva contribuyó de forma significativa al desarrollo de la teoría. Chinn y Kramer (2015) identificaron la lógica inductiva como la base de los métodos cualitativos, con el razonamiento de lo particular a lo general. Por el contrario, el razonamiento deductivo se mueve desde lo general a lo particular, extrayendo conclusiones que representan lo general.

Puesto que la teoría de Beck refleja una vía muy compleja y centrada en su evolución, es útil ser claro sobre qué criterios se usaron para comprender y presentar la teoría. La definición de *teoría* que se acepta actualmente es: «Estructuración creativa y rigurosa de ideas que proyectan una visión provisional, sistemática y con una finalidad de los fenómenos» (Chinn y Kramer 2015, pág. 255). Las teorías de nivel medio pueden obtenerse utilizando abordajes de la teoría fundamentada, e identifican procesos sociales que se producen en varios acontecimientos sociales. Por ejemplo, la teoría sustantiva de la depresión posparto de Beck descubrió que la pérdida de control era el problema psicosocial básico al que se enfrentaban las mujeres, pero este problema también podía producirse en contextos distintos al período posparto.

La evolución de la teoría de Beck es instructiva por varias razones. En primer lugar, los incesantes esfuerzos lineales y lógicos de Beck para desarrollar la teoría con el propósito de una práctica pragmática condujeron a una teoría que aborda un problema

práctico concreto. Debido a que su teoría es relativamente nueva, existen pocos contribuyentes a la esencia de la teoría. Por tanto, existe la oportunidad de seguir un proceso muy claro y centrado del desarrollo de la teoría por una experta que comenzó el trabajo cuando era una mujer joven. Beck ha comprobado su teoría, la ha utilizado con distintas poblaciones, ha desarrollado y probado instrumentos, y ha establecido un trabajo en el que otros expertos pueden unirse a ella para contribuir a la ciencia. En segundo lugar, la teoría de la depresión posparto de Beck es notable como ejemplo del desarrollo de una teoría inductiva extensa en un área específica de la práctica de la enfermería que trata un problema específico de una paciente. Aunque Beck comenzó su trabajo con una comprensión global de los cuidados, su trabajo centrado en la depresión posparto avanzó a través del desarrollo de una teoría de nivel medio sustantiva, y sigue avanzando. Desde el principio, el objetivo de Beck ha sido comprender la depresión posparto de una forma que permita a los profesionales desarrollar estrategias de prevención adecuadas, programas de cribado para una intervención precoz, y estrategias terapéuticas adecuadas para evitar el daño a las mujeres, sus hijos y sus familias. En consonancia con los objetivos de su investigación, lo que empezó como una teoría sustantiva descriptiva de la depresión posparto ha evolucionado hacia un extenso programa de investigación.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

A medida que los resultados de la investigación de Beck se han divulgado de forma más amplia, la teoría y los instrumentos basados en la teoría se han utilizado cada vez con mayor frecuencia en la práctica de la enfermería en EE. UU. y en todo el mundo. La PDSS (Beck, 2002c) se ha convertido en una referencia para los cuidados de las mujeres en la clínica obstétrica de alto riesgo de la Medical University of South Carolina Hospital (A. Raney, comunicación personal, abril de 2004). Las pacientes de esta clínica tienen un amplio rango de edades, proceden de diversos grupos

étnicos y presentan una amplia gama de factores de riesgo médicos. Ella ha observado que la herramienta es un vehículo para iniciar la conversación con las mujeres que no había tenido lugar antes de introducir la herramienta. Las puntuaciones altas en la PDSS han dado a los médicos pruebas para entender cómo se expresa la depresión posparto en sus pacientes, aumentando su sensibilidad y concienciación. Como era de esperar, la distribución de los recursos de la comunidad para satisfacer las necesidades específicas de las pacientes ha sido un reto; sin embargo, se ha producido el panorama de la comunidad de Charleston para comprender y responder a las necesidades especiales de las mujeres durante este tiempo.

Las iniciativas en salud pública que implican el trabajo con las nuevas madres y los bebés también aplican la teoría de la depresión posparto de Beck a través de la PDSS. Por ejemplo, el Healthy Start CORPS: Inter-Conceptual Care Case Management Project en Carolina del Norte comienza a realizar un seguimiento de las mujeres a las 6 semanas posparto. A todas las nuevas pacientes, muchas de las cuales son nativas americanas, se les da la PDSS para que las estrategias de intervención y de tratamiento se puedan transformar en planes individuales para el cuidado de las pacientes y de sus familias (L. Baker, comunicación personal, abril de 2004). La directora del programa destaca la facilidad con la que las mujeres pueden hablar de los síntomas de la depresión posparto después de completar la herramienta.

El trabajo de Beck también ha sido instrumental en la intervención de la comunidad y en proyectos educativos, como la Ruth Rhoden Craven Foundation for Postpartum Depression Awareness en Carolina del Sur. Helena Bradford fundó esta organización debido a un trágico trastorno del estado de ánimo posparto en su propia familia. Defiende el conocimiento de la realidad posparto en su comunidad y dirige grupos de apoyo (H. Bradford, comunicación personal, abril de 2004).

Formación

Beck recibe muchas invitaciones para participar en conferencias y talleres de formación para profesionales. Su trabajo se cita en

numerosos textos de enfermería sobre cuidados maternos y del recién nacido, como los de Davidson, London y Ladewig (2012). El trabajo de Beck establece el estándar del conocimiento y de la comprensión de la depresión posparto para los estudiantes universitarios y de posgrado. Además, su trabajo se ha utilizado en la formación de los miembros de otras disciplinas, entre ellos médicos, trabajadores en salud mental, profesionales de la salud pública, trabajadores sociales y personas que trabajan en agencias de servicios sociales que proporcionan cuidados protectores a mujeres y niños. Beck también lleva su trabajo al público general y a los responsables políticos mediante una implicación activa en la comunidad a escala local, nacional e internacional.

Investigación

Como se ha descrito, la teoría de Beck de la depresión posparto es una teoría de nivel medio y de práctica. Además de los continuos estudios realizados por Beck, la bibliografía mundial aporta pruebas de profesionales de enfermería que utilizan su investigación y sus instrumentos de investigación para comprender mejor la experiencia del embarazo y mejorar la atención de las madres. Por ejemplo, Lavoie (2015) publicó información sobre un estudio reciente en la *International Journal for Childbirth Education* sobre el cuidado de las mujeres en período de lactancia con cinco E –estímulo, empatía, educación, compromiso *(engagement)* y evaluación– que tuvo un efecto positivo sobre la depresión posparto.

Evolución

Beck identificó el que iba a convertirse en otro concepto principal de su teoría, así como una reestructuración de las definiciones de los trastornos del estado de ánimo posparto. Debido al aumento de los informes sobre el TEPT después del parto, también analizó las experiencias de las mujeres en los partos traumáticos (Beck, Driscoll y Watson, 2014). En este trabajo, el trauma del nacimiento se definió como «un acontecimiento que tiene lugar durante el proceso del parto que da lugar a lesiones graves reales o potenciales o a la

muerte de la madre o el lactante. Las parturientas sienten un miedo intenso, desamparo, pérdida de control y horror» (Beck, 2015, pág. 8). Beck observó que a las mujeres que habían sufrido TEPT real se les hacía un diagnóstico erróneo de depresión posparto y eran tratadas incorrectamente con antidepresivos. Recomendó que el término *trastornos del estado de ánimo posparto* se cambiara por *trastornos del estado de ánimo y de ansiedad posparto.* El TEPT se diferenciaría entonces como un diagnóstico distinto con diferentes abordajes de tratamiento. El trauma del nacimiento, como concepto, se analizó empíricamente, y se incluyeron instrumentos de predicción y cribado según fuera adecuado. Beck y Watson (2010) analizaron la experiencia de las mujeres en el aniversario del trauma del parto, y observaron que el cumpleaños del hijo podía ser un momento para experimentar una y otra vez el trauma (Beck, Driscoll y Watson, 2014).

Los investigadores han utilizado la PDSS para detectar la depresión posparto en una muestra adquirida en Internet en comparación con una muestra obtenida en la comunidad. Los resultados iniciales mostraron un alto grado de coherencia interna y validez del principio entre los dos grupos. Los resultados indicaban que el grupo de Internet incluía cifras de participación más altas entre mujeres hispanas y asiáticas, y mostraba más factores de riesgo para un diagnóstico de depresión posparto.

Los avances teóricos recientes de la teoría de Beck (1993) de estar al límite se han perfilado en Beck (2012), donde publicó lo que denominó «una segunda modificación de la teoría fundamentada» de su teoría original, en parte para responder la pregunta: «¿Es la depresión posparto un síndrome de la cultura occidental?» (pág. 257). Ese trabajo global es único en que se replantea el concepto de la depresión posparto a través de las experiencias de las mujeres de muchos países y continentes. Por tanto, los estudios que comenzó Beck sobre la depresión posparto dieron lugar a la segunda modificación de estar al límite. Los estudios se realizaron en Australia, Canadá, la República Democrática del Congo, Etiopía, Indonesia, Irlanda, Taiwán, Emiratos Árabes Unidos y el Reino Unido. Se describieron nuevas dimensiones de las mujeres en esos países, lo que representa un proceso de estar al límite en cuatro etapas:

1. **Encuentro con el terror,** que se manifiesta con ataques horribles de ansiedad, confusión envolvente, pensamientos obsesivos incesantes y varias expresiones somáticas.
2. **Muerte de una misma,** que se manifiesta por una irrealidad alarmante, contemplación e intento de autodestrucción, aislamiento de una misma y lidiar con las consecuencias.
3. **Lucha para sobrevivir,** que consiste en luchar contra el sistema, buscar ayuda en grupos de apoyo, rezar para encontrar alivio y desarrollar estrategias.
4. **Recuperación del control,** que consiste en una transición impredecible, una recuperación comedida, lamentarse por el tiempo perdido y las consecuencias posteriores.

Beck (2015) publicó *A Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect.* El segundo avance de la teoría original de Beck fue desarrollado utilizando el método de coalescencia teórico de Morse sobre el tema del parto traumático, el estrés postraumático y el estrés traumático secundario. Esta es una distinción importante, porque muchas mujeres que tienen partos aparentemente normales sufren depresión posparto. Teniendo en cuenta esta idea, un parto traumático puede experimentarse como psicológica o físicamente traumático (Beck, 2015).

En este método, la formalización de las conexiones con otros numerosos estudios proporciona lo que ella describe como un «efecto dominó» en la teoría original. A medida que se van añadiendo otros estudios con varios grupos (como las diferencias de edad), se estudian los conceptos en diferentes culturas y, quizá, en diferentes momentos durante el embarazo, después del nacimiento, y en varios puntos a lo largo del primer año después del parto, el efecto dominó continúa.

A las mujeres que se identificaron a sí mismas como que habían tenido un parto traumático se les ayudó a desarrollar sus propias estrategias para hacer que su próximo parto fuera diferente. Tres cuartas partes de las mujeres del estudio pudieron expresar que sus partos posteriores fueron sanadores, lo que les dio una nueva sensación de empoderamiento y un sentimiento espiritual de reverencia por su experiencia (Beck, 2016).

Sin embargo, la angustia constante que las mujeres sienten

cuando su hijo nació de una experiencia traumática es especialmente importante. Se han observado dificultades en la relación madre-hijo, ya que tiene un efecto perjudicial sobre su desarrollo cognitivo, social y emocional, y dificulta la lactancia materna.

Es importante destacar que el tipo de parto que se considera traumático tiene consecuencias duraderas para los padres o parejas, los médicos, las comadronas, los profesionales de enfermería y otros miembros del personal que observan el acontecimiento. Todos ellos son vulnerables, y se ha observado que pueden tener TEPT permanente. Muchos métodos para el tratamiento del TEPT utilizados con los veteranos también se han recomendado para el personal médico. La reflexión parece ser una forma natural y fácil de comenzar el proceso para todos, y parece algo natural en los profesionales de enfermería que trabajan en todas las áreas.

Crítica

Claridad

La teoría de Beck muestra una claridad semántica, porque los conceptos tienen nivel práctico y están definidos claramente y con coherencia. En los informes de la investigación y entre ellos, Beck usa términos, ideas, definiciones y conceptos que reflejan crecimiento, pero están definidos y son fáciles de entender. En su investigación y sus escritos emplea un lenguaje inductivo y deductivo, y sus palabras son escuetas y claras.

Sencillez

La depresión posparto es un fenómeno experimental y teóricamente complejo. Sin embargo, la teoría de Beck de la depresión posparto sigue una progresión lógica específica de las observaciones realizadas en la práctica de la enfermería. Es accesible empírica y teóricamente. Es importante señalar que los conceptos y las definiciones usados para predecir el riesgo de depresión posparto en una mujer, y los conceptos y las definiciones empleados en la detección sistemática de los síntomas de depresión posparto en las

mujeres son explícitos, directamente significativos para las mujeres, el público profano, los profesionales de enfermería y otras disciplinas relacionadas.

Generalidad

Beck ha explicado la complejidad de la depresión posparto dentro de la ampliación de los conceptos dentro de la teoría. Las cuestiones de la generalidad se refieren a la amplitud con que la teoría describe la experiencia humana, lo cual está apoyado por la aplicabilidad de la teoría en diferentes contextos culturales. Chinn y Kramer (2015) observan que la generalidad alude a la capacidad de la teoría para seguir siendo sencilla en términos conceptuales, a la vez que explica una amplia diversidad de experiencias empíricas. La depresión posparto puede considerarse una experiencia relativamente restringida, pero su naturaleza y sus causas son especialmente complejas. Es importante mencionar que Beck estudió las experiencias de muchas mujeres y utilizó la investigación de numerosas fuentes que abordan la depresión posparto en distintos grupos geográficos y culturales. La reunión de estos estudios para compararlos y contrastarlos con la teoría existente ha dado un nuevo impulso a la teoría e influye en su generalidad de un modo significativo.

Accesibilidad

La PDSS se ha visto sujeta a un proceso estadístico riguroso para su desarrollo y estandarización. En 2000, Beck y su colega investigador Gable analizaron las propiedades psicométricas de la escala en lo que se refiere a la exactitud de la medida dentro de los ejemplos del desarrollo y del diagnóstico. Los análisis de validez se llevaron a cabo con los dos ejemplos, así como las intervenciones utilizadas para establecer las puntuaciones límite para las interpretaciones clínicas. Estos estudios indicaban que la PDSS (Beck, 2002c) es un instrumento de cribado fiable y válido para detectar la depresión posparto. Beck tiene dos instrumentos: la PDSS, que está bien establecida, y el PDPI, que recientemente se ha demostrado que es válido y fiable en una amplia gama de estudios desde 2000 hasta ahora. Una característica importante de la teoría de Beck es su

accesibilidad inmediata y su potencial dinámico para influir en la vida de las mujeres.

Importancia

El valor del trabajo de Beck cada vez es más importante dentro de la enfermería y en otras disciplinas de la atención sanitaria. Evidentemente, los trastornos del estado de ánimo perinatales son algo más que inconvenientes transitorios para las mujeres y sus familias. La secuencia de acontecimientos en la vida de las mujeres señala la extraordinaria necesidad de un mayor conocimiento y uso de la teoría Beck de la depresión posparto para la prevención, la identificación, la intervención precoz y el tratamiento.

Cada vez se reconoce más que la responsabilidad de la identificación y la intervención precoz en la depresión posparto atañe a otras personas además de a los principales responsables de cuidar a las mujeres durante el embarazo e inmediatamente después del parto. Debido a las interacciones constantes con las madres, los profesionales de enfermería de cuidados pediátricos y neonatales pueden contribuir de forma valiosa a las intervenciones con éxito para las madres que sufren depresión posparto. Los profesionales de enfermería psiquiátrica también son capaces de identificar el riesgo en las mujeres (o en sus hijos), que no indica depresión posparto de forma inmediata.

Sin embargo, el desarrollo de los conocimientos sobre la depresión posparto está arrojando luz sobre consecuencias menos evidentes. Recientemente, la depresión posparto se ha relacionado con efectos adversos sobre el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, y con problemas conductuales de los niños mayores en el colegio. La depresión posparto podría tener un efecto negativo sobre situaciones como el consumo de drogas, los accidentes de tráfico, las conductas delictivas, la violencia doméstica, el progreso escolar, el empleo y el sueldo, y muchos otros. Un reconocimiento cada vez mayor por parte de la enfermería, de otras profesiones sanitarias y del público en general aumentará la identificación de la depresión posparto en los numerosos contextos en los que se desarrolla la vida de las personas.

Resumen

El desarrollo de la teoría de Beck de la depresión posparto es un ejemplo emblemático de cómo se desarrolla un conocimiento de enfermería creativo a partir de las observaciones de enfermería, utilizando múltiples métodos y unas pruebas rigurosas. La teoría se ha visto influenciada por distintas posturas teóricas y filosóficas, que han añadido tanto amplitud como disposición. La mayor parte de los profesionales de enfermería de maternidad son capaces de leer la teoría y de entender cómo aplicarla en su propia práctica. Beck y otros continúan extendiendo la teoría mediante la exploración de su aplicabilidad a distintas culturas y explorando vías para llegar a las mujeres que pueden beneficiarse de ella.

Cada vez más, los profesionales de enfermería y la sociedad en general están reconociendo que el tema de la depresión posparto no se ha comprendido o conocido adecuadamente. La enfermería, como otras profesiones sanitarias, ha quedado conmocionada por los sucesos imprevistos que han tenido lugar cuando la depresión posparto ha conducido a resultados indeseados que han aparecido en las noticias. Incluso entre los profesionales de enfermería y de otras áreas de la atención sanitaria, su conocimiento no mitiga los efectos de esta enfermedad. Estos sucesos trágicos protagonizados por madres con problemas señalan la importancia de esta teoría. El trabajo de la Dra. Cheryl Tatano Beck ha demostrado que la investigación en enfermería aporta pruebas para comprender y administrar cuidados a las mujeres que tienen depresión posparto. Su investigación y los instrumentos facilitan la detección, la intervención precoz y el tratamiento.

Caso clínico

A la tierna edad de 11 años, Kim fue «vendida» por su madre a tres hombres adultos para una noche de sexo y drogas. Kim contó que, cuando su madre salió por la puerta, le advirtió: «Haz lo que te digan y volveré por la mañana». Kim nunca se recuperó. Aunque estaba relativamente bien durante los períodos esporádicos en que iba al colegio, su vida eran las drogas y los encuentros sexuales. A la edad de 17 años, Kim estaba embarazada y en la cárcel. Había sido arrestada y puesta en libertad varias veces, pero el juez insistió en que esta vez debía permanecer en la cárcel hasta después de

tener el niño para garantizar que naciera libre de *crack.* No obstante, las pruebas prenatales de Kim no indicaron consumo de drogas o de alcohol, así como ninguna de las pruebas que le realizaron en la cárcel. Ella insistió firmemente en que no había consumido drogas o alcohol desde que se enteró de que estaba embarazada (al final del primer trimestre). Por una serie de malentendidos, salió de la cárcel 2 semanas antes de dar a luz. Sin embargo, Kim actuó correctamente, siguió sin consumir drogas, rechazó la medicación durante el parto y dio a luz a una niña preciosa y sana –sus análisis de sangre resultaron negativos para drogas–.

Kim recuerda que había comenzado la maternidad creyendo que sería el acontecimiento que cambiaría su vida. Lo hizo durante varias semanas, pero poco a poco volvió a su antigua vida. Recibió dinero para comprar ropa y alimentos para el bebé, pero, a pesar de esta ayuda, no tenía un lugar donde vivir ni dinero para mantenerse. Nunca tuvo un trabajo legal en su vida. Recibió atención médica posparto durante 6 semanas, pero después estuvo sola.

Cuando la niña tenía 7 meses, Kim llamó a una enfermera que la había atendido durante el embarazo y le pidió ayuda para dar a su hija en adopción. Creía que simplemente nunca podría darle a su hija la vida que los niños merecen. Kim volvía a consumir drogas y a la niña la cuidaba quien podía en cada momento. La madre amaba muchísimo a su hija y por eso decidió darla en adopción. Eligió una agencia de adopción cristiana local. El personal le dio la oportunidad de leer los perfiles de las familias potenciales, ver sus fotografías y elegir la familia que criaría a su bebé. Aunque ella no conocía ni el nombre ni la dirección, la familia y la agencia se comprometieron a enviarle fotografías e informes de su hija con regularidad.

Sin recursos ni apoyo, y sin su hija, Kim volvió a la única vida que había conocido y con las únicas personas que realmente conocía. Dieciocho meses después, Kim tuvo otro bebé. Esta vez juró que las cosas serían diferentes. Cuando el nuevo niño tenía 7 meses, Kim estaba otra vez envuelta en el consumo de *crack*, y su hijo iba de un familiar a otro y de un amigo a otro. Por desgracia, Kim estaba presente cuando se cometió un crimen violento con un

desenlace trágico previsible. Aunque no cometió el crimen, estaba presente y al final fue enviada a la cárcel.

Kim dijo una vez que le encantaba estar embarazada, dar a luz y la idea de ser madre. Dijo: «Sería estupendo al principio, pero después de un par de meses comenzaría a sentirme mal. Parece que esto pasó con mis dos hijos, que a partir de los 6 o 7 meses simplemente no podía seguir cuidándolos».

Aunque Kim llevó a su hijo a un pediatra para el seguimiento, ninguno de los médicos la conocía a ella ni su historia –y estaban principalmente preocupados por la salud del niño–. El carácter de Kim era generalmente optimista, sonreía con facilidad. Es probable que nadie le preguntara nunca cosas importantes sobre su vida o su experiencia como madre. A pesar de los intentos, Kim estaba «perdida».

La historia de Kim ilustra la clase de complejidades que pueden hacer de la depresión posparto un desafío, especialmente en las mujeres que viven entre drogas y caos. En medio de esta vida, las mujeres siguen queriendo ser buenas madres y tener las mismas esperanzas y sueños que todos tenemos. Las drogas, el alcohol, los delitos y todo lo que hacía que la vida de Kim fuera caótica fueron las únicas vías a través de las que recibió apoyo –después de los hechos–.

Las intervenciones de otros podrían haber supuesto una diferencia en muchos momentos de la vida de Kim, como durante el período prenatal. Ella presentaba con claridad la mayoría de los factores de riesgo para la depresión posparto, a pesar de su actitud optimista hacia el embarazo. Si usted hubiera sido uno de los profesionales de enfermería de Kim durante sus cuidados prenatales y hubiera identificado que estaba en riesgo de depresión posparto, ¿qué clase de plan de ayuda hubiera desarrollado antes o después del parto? ¿Hubiera estado dispuesto a intervenir en nombre de Kim o de su bebé, incluso aunque sus necesidades se manifestaban dentro de la comunidad y no dentro de los límites de un hospital o una consulta?

Actividades de pensamiento crítico

1. Entreviste a una amiga o a una mujer de su familia sobre lo

que sintió antes y después del parto.

2. Analice la entrevista para contestar las siguientes preguntas:
    - ¿Tuvo los sentimientos que usted esperaba? ¿Le sorprendió alguno?
    - ¿Alguna de sus experiencias indica riesgo de depresión posparto?
3. Explore los recursos disponibles en Internet para las mujeres después del parto.
4. ¿Qué recursos hay disponibles en su comunidad para las mujeres con depresión posparto?

Referencias para ampliar conocimientos

- Beck, C. T. (1998, 2002a). Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI). Disponible a través del *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing,* publicado bajo el auspicio de la Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses, por Sage Science Press, una edición de Sage Publications.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000, 2003). Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). Disponible a través de los Western Psychological Services, 12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, CA 90025–1251.
- Cheryl, T. (2016). Entrevista a Beck. *Nursing Theorists: Portraits of Excellence,* vol. III (vídeo). Athens, Ohio: Fitne, Inc.

Bibliografía

Beck CT. Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*. 1993;42(1):42–48.

Beck CT. Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1998.

Beck CT. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI). *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2002;31(4):394–402.

Beck CT. Postpartum depression: A meta-synthesis of qualitative research. *Qualitative Health Research*. 2002;12(4):453–472.

Beck CT. *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): Manual*. Los

Angeles: Western Psychological Services; 2002.

Beck CT. Exemplar: Teetering on the edge: A second grounded theory modifi cation. In: Munhall PL, ed. *Nursing research: A qualitative perspective*. 5th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2012:257–284.

Beck, C.T. (2015). A middle-range theory of traumatic childbirth: The ever widening ripple effect. *Global Qualitative Nursing Research*. Vol. 2, open access doi: 1177/2333393615575313.

Beck CT. Posttraumatic stress disorder after birth: A metaphor analysis. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2016;41(2):76–83.

Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*. 2000;49(5):272–282.

Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale—Spanish version. *Nursing Research*. 2003;52(5):296–306.

Beck CT, Driscoll JW, Watson S. *Traumatic childbirth*. New York: Routledge; 2014.

Beck CT, Watson S. Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research*. 2010;59(4):241–249.

Chinn P, Kramer M. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 9th ed. St Louis, MO: Mosby-Elsevier; 2015.

Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle R, King M, eds. *Existential phenomenological alternative for psychology*. New York: Oxford University Press; 1978:48–71.

Davidson M, London M, Ladewig P. *Olds' maternalnewborn nursing & women's health across the lifespan*. 9th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2012.

Glaser B. *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press; 1978.

Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine; 1967.

Hutchinson S. Grounded theory: The method. In: Munhall P, Oiler C, eds. *Nursing research: A qualitative perspective*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986:111–130.

Lavoie K. Five E's to support mothers with postpartum depression for breastfeeding success. *International Journal of Childbirth Education*. 2015;30(2):55–61.

Polit D, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice, North American Edition*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.

Polit D, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice, North American Edition*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 2011.

Sichel D, Driscoll J. *Women's moods*. New York: HarperCollins; 1999.

Lecturas recomendadas

Beck CT. The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research*. 1992;41:166–170.

Beck CT. Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care*. 2003;3:37–46.

Beck CT. Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*. 2004;53:28–35.

Beck CT. Posttraumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*. 2004;53:216–224.

Beck CT. Benefits of participating in Internet interviews: Women helping women. *Qualitative Health Research*. 2005;15:411–422.

Beck CT. Acculturation: Implications for perinatal research. *Maternal Child Nursing*. 2006;31(2):114–120.

Beck CT. The anniversary of birth trauma: Failure to rescue. *Nursing Research*. 2006;55(6):381–390.

Beck CT. Pentadic cartography: Mapping birth trauma narratives. *Qualitative Health Research*. 2006;16:453–466.

Beck CT. Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*. 2006;106(5):40–50.

Beck CT. Exemplar: Teetering on the edge: A continually emerging theory of postpartum depression. In: Munhall P, ed. *Nursing research: A qualitative perspective*. 4th ed. Boston: Jones & Bartlett; 2007:273–292.

Beck CT. The nurses' vantage point. In: Stone SD, Menken AE, eds. *Perinatal and postpartum mood disorders: Perspectives and treatment guide for the healthcare practitioner*. New York: Springer; 2008:203–217.

Beck CT. *Postpartum mood and anxiety disorders: Case studies, research, and nursing care*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetrics, and Neonatal Nursing; 2008.

Beck CT. State of the science on postpartum depression: What nurse researchers have contributed. Part 1. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2008;33:121–126.

Beck CT. State of the science on postpartum depression: What nurse researchers have contributed. Part 2. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2008;33:151–156: quiz 157-158.

Beck CT. An adult survivor of childhood sexual abuse and her breastfeeding experience: A case study. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2009;34:91–97.

Beck CT. The arm: There's no escaping the reality for mothers caring for their children with obstetric brachial plexus injuries. *Nursing Research*. 2009;58:237–245.

Beck CT. Birth trauma and its sequelae. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2009;10:189–203.

Beck CT. Critiquing qualitative research. *AORN Journal*. 2009;90:543–554.

Beck CT. Viewing the rich, diverse landscape of qualitative research. *Perioperative Nursing Clinics*. 2009;4:217–229.

Beck CT. Developing a research program using qualitative and quantitative approaches. *Japanese Journal of Nursing Research*. 2011;44:371–379.

Beck CT. A metaethnography of traumatic childbirth and its aftermath: Amplifying causal looping. *Qualitative Health Research*. 2011;21:301–311.

Beck CT. Meta-synthesis: Helping qualitative research take its rightful place in the hierarchy of evidence. *Japanese Journal of Nursing Research*. 2011;44:352–370.

Beck CT. Revealing the subtle differences among postpartum mood and anxiety disorders: Phenomenology holds the key. In: Thomson G, Dykes F, Downe S, eds. *Qualitative research in midwifery and childbirth: Phenomenological approaches*. New York: Routledge; 2011:193–214.

Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25:1–10.

Beck CT. A metaethnography of traumatic childbirth and its aftermath: Amplifying causal looping. *Qualitative Health Research*. 2012;21(3):301–311.

Beck CT, Barnes DL. Post-traumatic stress disorder in pregnancy. *Annals of the American Psychotherapy Association, summer*. 2006:4–9.

Beck CT, Driscoll JW. *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006.

Beck CT, Froman R, Bernal H. Acculturation level and postpartum depression in Hispanic mothers. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2005;30:299–304.

Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research*. 2001;50:242–250.

Beck CT, Gable RK. Ensuring content validity: An illustration of the process. *Journal of Nursing Measurement*. 2001;9(2):201–215.

Beck CT, Gable RK. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research*. 2001;50:155–164.

Beck CT, Gable RK. Item response theory in affective instrument development: An illustration. *Journal of Nursing Measurement*.

2001;9:5–22.

Beck CT, Gable RK. The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). In: Henshaw C, Elliott S, eds. *Screening for perinatal depression*. London: Jessica Kingley; 2005:133–140.

Beck CT, Gable RK. Screening performance of the Postpartum Depression Screening Scale—Spanish version. *Journal of Transcultural Nursing*. 2005;16:331–338.

Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER. Postpartum depressive symptomology: Results from a two-stage U.S. national survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2011;56(5):427–435.

Beck CT, Records K, Rice M. Further validation of the Postpartum Depression Predictors Inventory—Revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006;35:735–745.

Beck CT, Watson S. The impact of birth trauma on breastfeeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*. 2008;57:228–236.

Freda MC, Beck CT, Campbell DE, Dell DL, Ratcliffe S. Quality improvement opportunities in postpartum care. *March of Dimes. Toward improving the outcome of pregnancy III*. New York: March of Dimes; 2011:88–100.

Oppo A, Mauri M, Ramacciotti D, et al. Risk factors for postpartum depression: The role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). *Archives of Women's Mental Health*. 2009;12:239–249.

Segre L, O'Hara M, Beck CT. Nursing care for postpartum depression. Part I: Do nurses think they should offer both screening and counseling? *American Journal of Maternal Child Health Nursing*. 2010;35:220–225.

Segre L, O'Hara M, Beck CT. Screening and counseling for postpartum depression by nurses Part II: Women's views. *American Journal of Maternal Child Health Nursing*. 2010;35:280–285.

Bibliografía de investigaciones en las que se ha utilizado la Screening Scale

Baker L, Oswalt K. Screening for postpartum depression in a rural community. *Community Mental Health Journal*. 2008;44:171–180.

Boyd RC, Worley H. Utility of the Postpartum Depression Screening Scale among low-income ethnic minority women. In: Rosenfield AI, ed. *New research on postpartum depression*. Happauge, NY: Nova Science Publishers, Inc; 2007:151–166.

Callister L, Beckstrand RL, Corbett C. Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2011;40:440–449.

Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G, Sougey EB.

Translation, validation and cultural aspects of Postpartum Depression Screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry*. 2007;44(4):672–684.

Clarke P. Validation of two postpartum depression scales with a sample of First Nations and Metis women. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2008;40:113–125.

Davis S, Cross J, Link BK. Exploring the Postpartum Adjustment Questionnaire a predictor of postpartum depression, Journal of Obstetric. *Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2008;37:622–630.

De Alencar AE, Arraes LC, de Albuquerque EC, Alves JG. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2008;55(1):36–38.

Karacam Z, Kitiis Y. The Postpartum Depression Screening Scale: Its reliability and validity for the Turkish population. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2008;19(2):187–196.

Le HN, Perry DF, Sheng X. Using the Internet to screen for postpartum depression. *Maternal Child Health Journal*. 2009;13:213–221.

Le HN, Perry DF, Ortiz G. The Postpartum Depression Screening Scale-Spanish version: Examining the psychometric properties and prevalence of risk for postpartum depression. *Journal of Immigrant Minority Health*. 2010;12:249–258.

Li L, Liu F, Zhang H, Wang L, Chen X. Chinese version of the Postpartum Depression Screening Scale: Translation and validation. *Nursing Research*. 2011;60:231–239.

Pereira AT, Bos S, Marques M, et al. The Portuguese version of the postpartum Depression Screening Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010;31:90–100.

Pereira AT, Bos SC, Marques M, et al. The Postpartum Depression Screening Scale: Is it valid to screen for antenatal depression? *Archives of Women's Mental Health*. 2011;14:227–238.

Postmontier B. Sleep quality with and without postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2008;37:722–737.

Quelopana AM, Champion JD. Validation of the Postpartum Depression Screening Scale Spanish version in women from Arica, Chili. *Ciencia y Enfermeria*. 2010;16:37–47.

Zubaran C, Foresti K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women and Birth*. 2011;24:10–16.

Zubaran C, Foresti K, Schumacher MV, et al. Validation of a screening instrument for postpartum depression in Southern Brazil. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009;30:244–254.

Zubaran C, Foresti K, Schumacher MV, Amoretti AL, Thorell MR, Müller

LC. The correlation between postpartum depression and health status. *Maternal Child Health Journal*. 2010;14:751–757.

Zubaran C, Schumacher MV, Foresti K, Thorell MR, Amoretti A, Müller L. The Portuguese version of the Postpartum Depression Screening Scale-Short Form. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2010;36:950–957.

Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR, Foresti K. Screening tools for postpartum depression: Validity and cultural dimensions. *African Journal of Psychiatry*. 2010;13:357–366.

* La autora quiere agradecer a la Dra. Cheryl Tatano Beck su generosidad de espíritu al permitirle la libertad de interpretar el trabajo de su vida. La obra de la Dra. Beck es una enorme contribución a la enfermería, aún más notable porque no dependió de una gran cantidad de fondos de los National Institutes of Health. Ese simple hecho ya es una inspiración. Gracias también a la Dra. Peggy L. Chinn, que afortunadamente no se ha jubilado como mentora ni amiga.

35

Teoría de los cuidados

Danuta M. Wojnar

«Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personales.»

(Swanson, 1991, pág. 162)

Kristen M. Swanson
(1953-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Kristen M. Swanson, RN, PhD, FAAN, nació en Providence, Rhode Island. Se licenció con calificación *cum laude* en la Facultad de Enfermería de la University of Rhode Island en 1975. Swanson comenzó su carrera como enfermera en el University of Massachusetts Medical Center, en Worcester, debido a la orientación del fundador hacia una visión de la práctica profesional de la enfermería y que trabajaba activamente con las enfermeras para aplicar esos ideales al trabajo con los clientes (Swanson, 2001).

Lo que más deseaba Swanson como enfermera principiante era

convertirse en una profesional técnicamente informada y hábil, con el objetivo de enseñar a otros. De ahí que completara el posgrado Adult Health and Illness Nursing en la University of Pennsylvania, en Filadelfia. Tras obtener un máster en Enfermería, en 1978 trabajó brevemente como instructora clínica de enfermería médico-quirúrgica en la Escuela de Enfermería de la University of Pennsylvania y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado de Enfermería en la University of Colorado, en Denver, donde estudió Enfermería Psicosocial, haciendo hincapié en los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, persona y ser persona, entorno y cuidados.

Mientras era estudiante de doctorado, como parte de una experiencia práctica en una actividad de promoción de la salud autoseleccionada, Swanson tomó parte en un grupo de apoyo a partos por cesárea centrado en caso de abortos espontáneos. El orador invitado, un médico, se concentró en la fisiopatología y los problemas de salud dominantes tras el aborto natural, pero las mujeres que asistían a la reunión estaban más interesadas en hablar de sus experiencias personales en su embarazo frustrado. Aquel día Swanson decidió ampliar su aprendizaje en torno a la experiencia humana y las respuestas tras un aborto natural. Los cuidados y los abortos se convirtieron en el centro de su tesis doctoral y, posteriormente, de su programa de investigación.

Swanson recibió una beca posdoctoral otorgada individualmente por el National Research Service del National Center for Nursing Research, que completó bajo la dirección de la Dra. Kathryn E. Barnard en la University of Washington, en Seattle. Posteriormente se unió al profesorado de la Escuela de Enfermería de la University of Washington, donde prosiguió su trabajo académico como profesora y presidenta del Departamento de Enfermería Comunitaria hasta el verano de 2009. Además de sus responsabilidades docentes y administrativas en la University of Washington, dirigió investigaciones financiadas por los National Institutes of Nursing Research; publicó y dirigió a profesores y estudiantes en sus trabajos y actuó como consultora a escala nacional e internacional. Ha sido conferenciante invitada o profesora visitante en multitud de ocasiones, en el Karolinska Institutet, en Suecia, el IWK (Isaac Walton Killam) Health Center,

un hospital de atención especializada para mujeres, niños y sus familiares en Halifax, Nueva Escocia, Canadá, y, más recientemente, en la National Cheng Kung University en Taiwán, entre otros. Durante su estancia en la University of Washington, de 2004 a 2009, Swanson ocupó también el puesto de profesora en Liderazgo en Enfermería en el University of Washington Medical Center. En 2009, fue nombrada decana y profesora distinguida en la Escuela de Enfermería de la University of North Carolina (UNC) en Chapel Hill y directora adjunta de Enfermería para asuntos académicos en los hospitales de la UNC. Swanson regresó a Seattle en 2014, donde fue nombrada decana de la Facultad de Enfermería de la Seattle University, puesto que sigue ocupando en la actualidad.

La Dra. Swanson prosigue con su labor académica, que en los últimos años se ha trasladado a la investigación traslacional y a la consultoría con diversas organizaciones para aplicar su teoría de los cuidados en la práctica clínica, la formación y la investigación. Entre sus aportaciones al sistema sanitario destacan ser miembro del consejo asesor del Swedish Health System en Seattle y del comité director de la American Association of Colleges of Nursing (AACN), así como ser parte del equipo editorial o revisora de las revistas *Journal of Nursing Scholarship, Nursing Outlook, Research in Nursing and Health* e *International Journal of Human Caring*. En reconocimiento por sus numerosas y sobresalientes contribuciones a la disciplina enfermera, entre otras distinciones, Swanson fue elegida miembro de la American Academy of Nursing en 1991, recibió un Premio al Alumno Distinguido de la University of Rhode Island en 2002, fue elegida miembro del programa Nurse Executive Fellows de la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) en 2004 y fue elegida miembro del RWJF National Advisory Committee (NAC) para el Faculty Nurse Scholars Program.

Fuentes teóricas

Swanson ha recurrido a diversas fuentes teóricas para desarrollar su teoría de los cuidados. Ella recuerda que desde el comienzo de su carrera de enfermería, su educación y experiencia clínica la hicieron muy consciente de la profunda diferencia que los cuidados

podían marcar en la vida de las personas a las que atendía:

«Observar a los pacientes moverse en un espacio de total dependencia y salir de allí restablecidos era como ser testigo de un milagro. Sentarse con los cónyuges mientras confiaban el corazón (y la vida) de su pareja al equipo quirúrgico era sobrecogedor. Era alentador observar los recursos internos a los que podían apelar los miembros de la familia para transferir lo que no podían controlar. Me animaba tener el privilegio de ser invitada a los espacios que creaban los pacientes y sus familias para soportar sus transiciones a través de la enfermedad, la recuperación y, en algunos casos, la muerte.»

(Swanson, 2001, pág. 412)

Swanson reconoce a algunos especialistas de enfermería que le dieron la oportunidad de modelar sus opiniones sobre la disciplina enfermera y que influyeron en su programa de investigación. Reconoce que asistir al curso de la Dra. Jacqueline Fawcett sobre las bases conceptuales de la práctica de la enfermería le hizo comprender las diferencias entre los objetivos de la enfermería y los de otras disciplinas sanitarias, así como darse cuenta de que cuidar a otros a través de las transiciones vitales de salud, enfermedad, curación y muerte era congruente con sus valores personales (Swanson, 2001). Swanson escogió a la Dra. Jean Watson como directora de sus estudios de doctorado. Atribuye a la influencia de la Dra. Watson el énfasis de explorar el concepto de los cuidados en su tesis doctoral. Sin embargo, a pesar de la estrecha relación de trabajo y del énfasis sobre los cuidados en la tesis de Swanson, el programa de investigación de los cuidados y el aborto no es una aplicación de la teoría del cuidado humano de Watson (Watson, 1979, 1988, 1999). En su lugar, tanto Swanson como Watson reivindican que la compatibilidad de los hallazgos sobre los cuidados en sus programas individuales de investigación añade credibilidad a sus afirmaciones teóricas (Swanson, 2001). Swanson agradece a la Dra. Kathryn E. Barnard que la animara a hacer la transición desde el paradigma interpretativo hasta el empírico contemporáneo, a transferir lo que aprendió y postuló sobre los

cuidados a lo largo de varias investigaciones fenomenológicas para dirigir la investigación de intervención y la práctica clínica con mujeres que han abortado.

Principales conceptos y definiciones

Cuidados

Los **cuidados** son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal (Swanson, 1991).

Conocimiento

El **conocimiento** es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (Swanson, 1991).

Estar con

Estar con significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada (Swanson, 1991).

Hacer por

Hacer por significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad (Swanson, 1991).

Posibilitar

Posibilitar es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación (Swanson, 1991).

Mantener las creencias

Mantener las creencias es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación (Swanson, 1991).

Uso de datos empíricos

Swanson formuló su teoría de los cuidados de manera inductiva como resultado de varias investigaciones. Para su tesis doctoral Swanson analizó los datos obtenidos con entrevistas en profundidad a 20 mujeres que habían abortado recientemente utilizando fenomenología descriptiva. Como resultado de esta investigación fenomenológica, Swanson propuso dos modelos: 1) el modelo de los cuidados, y 2) el modelo de la experiencia humana del aborto. El modelo de los cuidados, en el que Swanson propuso cinco procesos básicos (*conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar* y *mantener las creencias*) que dan significado a actos etiquetados como cuidados (Swanson-Kauffman, 1985, 1986, 1988a, 1988b), llegó a ser más tarde la base de la teoría de nivel medio de los cuidados de Swanson (1991).

Cuando era una estudiante posdoctoral, Swanson realizó un estudio fenomenológico que exploró cómo se proporcionaban los cuidados a lactantes vulnerables en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Swanson (1990) descubrió que el proceso de los cuidados que identificó en las mujeres que habían abortado también era aplicable a madres, padres, médicos y enfermeras responsables de cuidar a los niños en la UCIN. Por tanto, decidió conservar la formulación que describía los actos de los cuidados y propuso que el cuidado integral en un ambiente complejo abarca un equilibrio entre cuidados (de uno mismo y de la persona a la que se cuida), acompañamiento (a otros y roles), enfrentarse a responsabilidades (asignadas por uno, por otros y por la sociedad) y evitar malos desenlaces (Swanson, 1990).

En una investigación fenomenológica posterior realizada con madres de alto riesgo social, Swanson (1991) exploró lo que había

sido para estas madres recibir una intensa intervención de enfermería a largo plazo. Swanson recuerda que, después de este estudio, finalmente fue capaz de definir los cuidados y de mejorar la comprensión de los procesos de los cuidados. Las investigaciones fenomenológicas realizadas colectivamente con mujeres que habían abortado, con sanitarios de la UCIN y con madres de alto riesgo social sentaron las bases para que el modelo de cuidados evolucionara hasta la teoría de nivel medio de los cuidados (Swanson, 1991, 1993).

Swanson probó su teoría de los cuidados con mujeres que abortaron, en investigaciones financiadas por los National Institutes of Nursing Research y otros proveedores de financiación. La investigación de intervención de Swanson (1999a, 1999b) (N = 242) examinó los efectos de las sesiones de orientación basadas en los cuidados sobre la aceptación de la pérdida por la mujer y sobre el bienestar emocional durante el primer año después del aborto. Algunos objetivos adicionales del proyecto fueron examinar los efectos del paso del tiempo sobre la curación durante ese primer año y desarrollar estrategias para controlar intervenciones de los cuidados. Este estudio estableció que, aunque el paso del tiempo tenía efectos positivos sobre la curación de la mujer tras el aborto, las intervenciones de cuidados ejercían un efecto positivo sobre la reducción global de la alteración del estado de ánimo, del enfado y del nivel de depresión. El segundo objetivo era controlar la variable de los cuidados e identificar si estos eran administrados como se pretendía. Para hacerlo, se controlaron los cuidados de las tres maneras siguientes:

1. Se transcribieron aproximadamente el 10% de las sesiones orientativas y se analizaron los datos mediante un análisis del contenido inductivo y del deductivo.
2. Antes de cada sesión, el consejero completó el perfil de estados de ánimo de McNair, Lorr y Droppleman (1981) para comprobar si el estado de ánimo del consejero se asociaba con las puntuaciones de los cuidados de cada mujer después de cada sesión, usando una Caring Professional Scale desarrollada por el investigador.
3. Después de cada sesión, el consejero completaba una

Counselor Rating Scale desarrollada por el investigador y tomaba notas descriptivas sobre su propia actuación.

El hallazgo más notable del control de los cuidados era que los clientes estaban muy satisfechos con el cuidado recibido durante las sesiones de orientación, lo que sugería que se daban y se recibían cuidados previstos.

La siguiente investigación de Swanson (1999c) fue un metaanálisis de la bibliografía sobre los cuidados. Una revisión en profundidad de 130 investigaciones sobre los cuidados la llevó a proponer que el conocimiento sobre los cuidados puede ser catalogado en cinco dominios (niveles) y que la investigación realizada en cualquiera de los dominios asume la presencia de todos los dominios previos (Swanson, 1999c):

- El primer dominio se refiere a las capacidades de la persona para dar cuidados.
- El segundo, a las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados.
- El tercero, a las condiciones (enfermera, cliente, organización) que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados.
- El cuarto, a las acciones de los cuidados.
- El quinto hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional (Swanson, 1999c).

Realizar el metaanálisis de la bibliografía aclaró el significado del concepto de cuidado tal como se utiliza en la disciplina enfermera y dio validez a la transferibilidad de la teoría de nivel medio de los cuidados de Swanson, más allá de un contexto perinatal.

Posteriormente, Swanson intervino como autora o coautora en numerosos artículos académicos y capítulos de libros sobre la aplicación de las relaciones de cuidados-curación en la práctica clínica y la formación y contrastó empíricamente la teoría de los cuidados. También fue coautora de un artículo sobre la herencia histórica de la enfermería como una profesión dirigida a los cuidados y la curación, y sobre el significado, la importancia y las

consecuencias de entornos curativos óptimos para la moderna práctica, formación e investigación enfermeras (Swanson y Wojnar, 2004).

El artículo presentaba los focos centrales de la enfermería como disciplina: el sentido de ser persona y vivir la identidad propia; el significado de la salud en los niveles individual, familiar y social; la forma en que los entornos fomentan o menoscaban el potencial para la promoción, el mantenimiento o la recuperación del bienestar, y las terapias enfermeras para los cuidados-curación. A continuación escribió un capítulo para impulsar la capacidad de los profesionales de enfermería dirigida a unos cuidados compasivos (Swanson, 2007). En él, Swanson exploró la importancia de los cuidados para el bienestar de las personas y describió situaciones que afectan a la calidad de los cuidados enfermeros, desde las relaciones interpersonales a través de los entornos físicos hasta el liderazgo ejecutivo o directivo. Los trabajos en los que Swanson participó como coautora se centraron en los factores sociales y económicos que afectan a la escasez de profesionales de enfermería y a la calidad de los cuidados (Grant y Swanson, 2006) y en la satisfacción de los consumidores con la atención sanitaria (Mowinski-Jennings et al., 2005). Swanson ha sido coautora de una investigación que analizaba las experiencias de los soldados con los cuidados en el entorno de la asistencia sanitaria militar (Jennings et al., 2005). Los hallazgos de este estudio indican que la calidad de la asistencia de estos soldados mejora si se reduce la separación entre lo que se les ofrece como consumidores y lo que experimentan cuando solicitan asistencia. Swanson et al. exploraron también las actitudes frente a la medicina complementaria y alternativa (MCA) y las competencias de los profesores y estudiantes de Enfermería y los resultados de integrar la MCA en los planes de estudios de enfermería como un enfoque holístico de esta disciplina (Booth-Laforce et al., 2010).

En su propio programa de investigación, Swanson verificó la utilización práctica de la teoría de los cuidados. En 2003, junto con sus colaboradores, publicó los resultados de una investigación sobre los efectos de los abortos espontáneos en las relaciones interpersonales y sexuales durante el primer año después de la pérdida desde la perspectiva de las mujeres, e investigó el contexto

y la evolución de las respuestas femeninas al aborto durante el primer año posterior al mismo (Swanson et al., 2007). En 2009, Swanson y su equipo de investigación publicaron los resultados de un estudio de intervención financiado denominado Couples Miscarriage Healing Project. El objetivo era comprender mejor los efectos del aborto en hombres y mujeres como individuos y como pareja, explorar los efectos del aborto en las relaciones en pareja e identificar las mejores formas de ayudar a que estos hombres y mujeres se recuperaran, individualmente y en pareja, después de una pérdida inesperada del embarazo. Los participantes en el estudio (341 parejas heterosexuales) fueron asignados aleatoriamente a grupos de control y a uno de tres posibles grupos de tratamiento: 1) cuidados enfermeros, que comprendían la asistencia a tres sesiones de asesoramiento con un profesional de enfermería; 2) autocuidados, que contemplaban el visionado de tres vídeos y la lectura de libros de trabajo, o 3) cuidados combinados, que incluían la asistencia a una sesión de cuidados con profesionales de enfermería y el visionado de tres vídeos y la lectura de libros de trabajo, para determinar la manera más eficaz de apoyar a las parejas después de un aborto natural. Las intervenciones, basadas en la teoría de los cuidados de Swanson y en el significado del modelo de la experiencia humana del aborto, se realizaron en las semanas 1, 5 y 11 después de la inscripción. Los resultados incluían depresión usando la Center for Epidemiologic Studies Scale (CES-D), duelo, duelo puro (PG, *pure grief*) y emociones relacionadas con el duelo (GRE, *grief-related emotions*). Las diferencias en los índices de recuperación se estimaron a través de una modelización multinivel realizada en un marco bayesiano. Los cocientes de probabilidad bayesianos *(BO, Bayesian odds)* comprendidos entre 3 y 7,9 mostraron que los cuidados de enfermería tenían la máxima eficacia para acelerar la resolución de la depresión en las mujeres. Un valor de *BO* de 3,2 a 6,6 reflejaba la conveniencia de una intervención de cuidados enfermeros y la ausencia de tratamiento con respecto al autocuidado y los cuidados combinados para resolver la depresión en los hombres. Un cociente *BO* de 3,1 a 7 mostraba la eficacia de cualquiera de las tres intervenciones frente a ausencia de tratamiento para acelerar la resolución del duelo en las mujeres, y un *BO* de 18,7 a 22,6 favorecía

los cuidados de enfermería y los cuidados combinados con respecto a los autocuidados o la ausencia de tratamiento para resolver el duelo en los hombres. Un valor *BO* de 2,4 a 6,1 mostraba la predilección de cuidados de enfermería y autocuidados con respecto a cuidados combinados o ausencia de tratamiento para promover la resolución de las emociones relacionadas con el duelo en mujeres. Un cociente *BO* de 3,5 a 17,9 favorecía los cuidados enfermeros, los cuidados combinados y el control con respecto a los autocuidados para resolver las emociones del duelo en los hombres. Los cuidados por profesionales de enfermería alcanzaban el impacto global más positivo en la resolución del duelo y la depresión en parejas. Además, la resolución del duelo se aceleraba con autocuidados en mujeres e intervención de cuidados combinados en hombres. Los investigadores concluyeron que la aplicación de la teoría de los cuidados en la práctica clínica es una estrategia eficaz para promover la curación después de una pérdida inesperada del embarazo para mujeres y hombres como individuos y como parejas.

Swanson sigue participando en otras investigaciones, sobre todo de jóvenes en formación a los que tutoriza. En 2006, Wojnar y Swanson analizaron por qué las madres lesbianas deben tener una consideración especial a la hora de recuperarse tras un aborto. Como consecuencia de este estudio, Wojnar, Swanson y Adolfsson (2011) revisaron el modelo conceptual de aborto, incluyendo la población de mujeres lesbianas para la práctica clínica y la investigación. Recientemente, Swanson publicó un artículo del que es coautora sobre el análisis secundario de estos datos, analizando la influencia del sexo y los factores de la reproducción sobre la repercusión del aborto (Huffman, Schwartz y Swanson, 2015).

Swanson es coautora también de un estudio que exploró las experiencias de los padres tras un traumatismo craneoencefálico moderado a grave de sus hijos (Roscigno y Swanson, 2011) y la calidad de vida de los niños tras este tipo de traumatismo (Roscigno et al., 2011), en el que los pacientes describieron que las barreras de salud y culturales provocan malentendidos que se podrían prevenir con facilidad. Swanson et al. analizaron también las respuestas de duelo de los padres y las necesidades de cuidado en otros contextos –por ejemplo, el duelo de los padres con riesgo de tener un bebé

extremadamente prematuro– (Kavanaugh et al., 2015).

Del mismo modo, fue coautora de un artículo basado en las investigaciones sobre las experiencias de los padres con niños afectados por una cardiopatía congénita que tuvieron que ser operados (Wei et al., 2016). De forma colectiva, estos trabajos aportan un corpus de evidencia creciente sobre el uso de la teoría del cuidado de Swanson en diversas investigaciones empíricas, además de para la formación y la práctica clínica.

Principales premisas

En 1993, Swanson desarrolló aún más su teoría de los cuidados haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro fenómenos de interés fundamentales en la disciplina enfermera: **enfermería, persona-cliente, salud** y **entorno.**

Enfermería

Swanson (1991, 1993) define la enfermería como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina enfermera está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de disciplinas relacionadas, así como por «el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales» (Swanson, 1993, pág. 352).

Persona

Swanson (1993) define a las personas como «seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas» (pág. 352). Postula que las experiencias vitales de los individuos están influidas por una compleja interacción de «una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío» (Swanson, 1993, pág. 352). Así pues, las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven.

Swanson (1993) considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento, que se autorreflejan, que anhelan estar conectadas

con otros y espirituales. Sugiere que «el legado espiritual conecta a cada ser con una fuente eterna y universal de bondad, misterio, vida, creatividad y serenidad. El legado espiritual puede ser un alma, poder superior/Espíritu Santo, energía positiva o, simplemente, gracia. El libre albedrío se identifica con la elección y la capacidad de decidir cómo actuar cuando se afronta un rango de posibilidades» (pág. 352). Sin embargo, Swanson (1993) observó que las limitaciones impuestas por la raza, la clase social, el sexo o el acceso al cuidado pueden impedir que las personas ejerzan su libre albedrío. Por tanto, admitir el libre albedrío exige a la disciplina enfermera que acepte la individualidad y que tenga en cuenta un abanico de posibilidades que son aceptables o deseables para las personas a las que atienden las enfermeras.

Además, Swanson postula que el otro, a cuya persona sirve la disciplina enfermera, se refiere a familias, grupos y sociedades. Así, con esta comprensión de la persona, las enfermeras reciben el mandato de asumir papeles de liderazgo en la lucha por los derechos humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanitarias. Finalmente, cuando las enfermeras piensan sobre el otro, hacia el que dirigen sus cuidados, también necesitan pensar en sí mismas y en otras enfermeras y su cuidado, así como ser cuidadas por los demás.

Salud

Según Swanson, la experiencia de la salud y el bienestar son:

> *«Vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de la plenitud. La plenitud implica una sensación de integridad y de desarrollo en la que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente. Las facetas del ser incluyen los muchos seres que nos hacen humanos: nuestra espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relación, feminidad, masculinidad y sexualidad, por mencionar solo unas pocas.»*
>
> *(1993, pág. 353)*

Así, Swanson restablece del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye «desprenderse del dolor

interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud» (Swanson, 1993, pág. 353).

Entorno

Swanson (1993) define el entorno de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es «cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente» (pág. 353). Swanson afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos, por nombrar solo unos pocos. Según Swanson (1993), los términos *entorno* y *persona-cliente* en enfermería pueden verse de forma intercambiable. Por ejemplo, Swanson plantea: «Con fines heurísticos, el objetivo sobre el entorno/cliente designado puede ser especificado a nivel intraindividual, en el que el "cliente" puede estar en el nivel celular y el ambiente pueden ser los órganos, tejidos o cuerpo del que la célula es parte» (pág. 353). Por tanto, lo que se considera un entorno en una situación puede ser considerado cliente en otra.

Fundamentos teóricos

La teoría de los cuidados de Swanson (Swanson, 1991, 1993, 1999a) derivó empíricamente de una investigación fenomenológica. Ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica y hace hincapié en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar. Swanson (1991) define los cuidados como «una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal» (pág. 162).

Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena enfermería es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente. Swanson (1993) afirma que los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar emocional y físicamente presente, y representada por hacer por y posibilitar al cliente. Los procesos de los cuidados se superponen y pueden no existir separados. Cada uno es un

componente integral de la estructura ramificada de los cuidados (fig. 35.1). Swanson (1993) se dio cuenta de que el repertorio de los cuidados terapéuticos de las enfermeras principiantes podía ser algo limitado y estar restringido por la inexperiencia. Por otro lado, las técnicas y el conocimiento que envuelven los cuidados de las enfermeras con experiencia pueden ser tan complicados y sutiles que los cuidados pueden pasar desapercibidos para un observador profano. Sin embargo, Swanson (1993) afirma que, independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) y las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).

FIGURA 35.1 La estructura del cuidado está relacionada con la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión informada, la transmisión del mensaje, la acción terapéutica y los resultados esperados. (Tomado de Swanson, K. M. [1993]. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25*[4], 352–357.)

Planteamiento lógico

La teoría de nivel medio de los cuidados de Swanson fue desarrollada empíricamente mediante el empleo de un enfoque inductivo. Chinn y Kramer (2015) observan que «con la inducción, las personas inducen hipótesis y relaciones observando o

experimentando una realidad empírica y llegando a una conclusión» (pág. 184). La teoría de Swanson se generó a partir de investigaciones fenomenológicas con mujeres que sufrían una pérdida inesperada de su embarazo, con personas que cuidaban de niños prematuros y enfermos en UCIN y con madres socialmente en riesgo que recibían atención de larga duración de profesionales de enfermería con preparación de máster. Swanson defiende que su metaanálisis en profundidad de la investigación sobre los cuidados ha avalado la generalidad de su teoría más allá de un contexto perinatal (Swanson, 1999c).

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La utilidad de la teoría de los cuidados de Swanson se ha demostrado en la investigación, en la educación y en la práctica clínica. La proposición de que los cuidados son fundamentales para la práctica de la enfermería tuvo su comienzo en la comprensión por la teórica de la importancia de los cuidados en la práctica profesional de la enfermería y en los hallazgos de las investigaciones fenomenológicas de Swanson. Sus investigaciones posteriores demostraron la aplicabilidad de la teoría de los cuidados en la práctica clínica, la formación y la inves- tigación de enfermería. La teoría de Swanson ha sido adoptada como marco de la práctica profesional de la enfermería en EE. UU., Canadá y Suecia. Un ejemplo es la Escuela de Enfermería de la Dalhousie University, en Halifax (Nueva Escocia, Canadá), que seleccionó la teoría de los cuidados de Swanson para dirigir el desarrollo de las futuras generaciones de enfermeras como profesionales de los cuidados en los primeros años del siglo XXI y continúa hasta nuestros días. Asimismo, las enfermeras del IWK Health Centre en Halifax reconocieron el legado tradicional de la enfermería como una disciplina de cuidados-curación en 1998 y continúan utilizando la teoría de los cuidados de Swanson como su marco para la práctica profesional de la enfermería.

Los cuidados enfermeros se manifiestan de diversas formas y en

distintos contextos prácticos. Por ejemplo, en un contexto de posparto, la demostración a unos padres primerizos de cómo se baña a un bebé incluye los cinco procesos de cuidados. La acción implica *estar con* para enseñar a los padres cómo se baña al recién nacido. El tiempo del baño, sin prisas, de manera que el lactante esté despierto y los padres presentes, transmite una buena disposición *(hacer por o posibilitar);* y la observación, las preguntas y la implicación de los padres en la tarea los compromete en los cuidados que proporcionan a su bebé *(resultado previsto),* a la vez que se reconoce que son perfectamente capaces de cuidar de su hijo recién nacido y que sus preferencias importan *(conocer y mantener la creencia).* Al realizar esta acción, aparentemente sencilla, el profesional de enfermería crea un entorno óptimo para aprender que facilita que los nuevos padres tomen decisiones sobre los cuidados de su bebé, a la vez que establece un equilibrio entre la tarea como una oportunidad para conseguir la implicación en un encuentro social con significado y el desarrollo de una relación de confianza.

Formación

El cuidado humano y altruista tiene lugar cuando se aplica la teoría en varias áreas prácticas como la alimentación o el aseo de una persona mayor incapacitada, el control y tratamiento de un paciente que ha sufrido un ictus o el aumento de las habilidades de los nuevos padres para el cuidado de los niños. Los cuidados de enfermería reconocen la importancia de atender la plenitud de los seres humanos en sus vidas cotidianas, como demostró Swanson en sus investigaciones con mujeres que habían abortado, profesionales de la UCIN y madres de alto riesgo social. Así, la teoría de Swanson ofrece a los educadores de enfermería una forma sencilla de iniciar a los estudiantes en la profesión, sumergiéndoles en el lenguaje de lo que significa cuidar y ser cuidado para promover, restaurar o mantener el bienestar óptimo de las personas.

Investigación

Swanson ha insistido en el desarrollo de su teoría, desde describir y definir el concepto de los cuidados y los procesos básicos de los

mismos hasta instrumentar el desarrollo de la investigación de intervención con mujeres y hombres que sufren pérdidas gestacionales inesperadas. Una búsqueda de las bases de datos computarizadas (MEDLINE, CINHAL y Digital Dissertations) indicó que el trabajo de Swanson sobre los cuidados y el aborto ha sido citado, o utilizado de otra forma, en más de 190 publicaciones de las bases de datos. Los ejemplos de aplicación de la teoría de los cuidados de Swanson en la práctica clínica incluyen explorar la erudición clínica en la práctica (Kish y Holder, 1996); pautas para enfermeras que trabajan con pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple (Yorkston, Klasner y Swanson, 2001); evaluar los efectos de los cuidados en el trabajo con poblaciones vulnerables (Kavanaugh et al., 2006); la importancia de crear un entorno de cuidados en el trabajo con ancianos (Sikma, 2006); el estudio de Wojnar (2007) de parejas de lesbianas que habían sufrido un aborto; la investigación de Roscigno en niños con una lesión por traumatismo cerebral persistente (Roscigno et al., 2011; Roscigno y Swanson, 2011), y padres cuyos hijos fueron operados por una malformación cardíaca congénita (Wei et al., 2016).

Evolución

Swanson está interesada en desarrollos posteriores mediante la verificación y aplicación de su teoría en la práctica clínica. Existe un gran potencial de desarrollo adicional a través de la contrastación de la teoría de los cuidados de Swanson en diversos contextos de salud y enfermedad. Además, sus procesos de cuidados sugieren que la teoría es aplicable en otras disciplinas de ayuda como la enseñanza, el trabajo social y la medicina, así como en diferentes situaciones vitales para la enfermería.

Crítica

Claridad

El concepto de cuidados y procesos de cuidados (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener la creencia) que son centrales en la teoría están definidos y organizados claramente en

una secuencia lógica que describe los procesos del suministro de los cuidados. La teoría de Swanson ofrece definiciones y enlaces contextuales claros con los conceptos de la disciplina enfermera (persona, profesional de enfermería, entorno y salud) en interacciones enfermera-cliente, con lo que se explican adicionalmente las definiciones.

Sencillez

Una teoría sencilla tiene un número mínimo de conceptos. La teoría de los cuidados de Swanson es simple y, a la vez, elegante. Traslada la importancia de los cuidados al primer plano e ilustra los valores de la disciplina. El objetivo principal de la teoría es suministrar cuidados de enfermería centrados en las necesidades de las personas a la vez que se fomenta su dignidad, respeto y otorgamiento de poderes. La sencillez y el lenguaje consistente utilizado para definir los conceptos y los procesos permiten a los estudiantes y a los profesionales de enfermería comprender y aplicar la teoría de Swanson en la práctica.

Generalidad

La teoría de los cuidados de Swanson puede ser aplicada en la investigación y en el trabajo clínico en diversas poblaciones. Se han descrito con claridad las condiciones esenciales para proporcionar cuidados que promuevan la plenitud de la persona a lo largo de su trayectoria vital (Swanson, 1999c). Por tanto, la teoría es generalizable a cualquier relación enfermera-cliente en cualquier contexto clínico.

Accesibilidad

Los conceptos y supuestos de la teoría de los cuidados de Swanson están basados en la práctica de la enfermería clínica y en la investigación mediante el empleo de un enfoque empírico. La naturaleza simple y completa de las definiciones operativas refuerza la precisión empírica de esta teoría. Swanson et al. han aplicado con éxito dicha teoría en numerosos estudios. Swanson y su equipo de investigación comprobaron la teoría de los cuidados

en un ensayo clínico con mujeres y hombres que sufrieron los efectos de un aborto espontáneo, demostraron que la intervención de cuidados dio como resultado una mejora en el estado anímico depresivo y facilitaron una recuperación sana del duelo en los dos sexos. Swanson ha publicado directrices de investigación con colaboradores para valorar el impacto de las relaciones entre cuidados y curación en enfermería clínica (Quinn et al., 2003), y desarrolló instrumentos de autoinforme para medir los cuidados proporcionados por profesionales de atención sanitaria y por las parejas entre sí (Swanson, 2002). La plantilla para suministrar intervenciones basadas en los cuidados y los instrumentos apoyados en la investigación ofrecen nuevas posibilidades para su utilización y su comprobación adicional con otras poblaciones.

Importancia

La teoría de los cuidados de Swanson describe las relaciones entre profesionales de enfermería y clientes que promueven la integridad y la curación. La teoría ofrece un marco de trabajo para impulsar la práctica, la formación y la investigación de la enfermería contemporánea a la vez que lleva a la disciplina a sus valores tradicionales y a sus raíces de cuidados-curación. Esta teoría ha sido aplicada a relaciones de cuidados interdisciplinarios más allá de las interacciones enfermera-cliente. Las aplicaciones recientes en la práctica de enfermería clínica muestran resultados positivos tangibles. Por ejemplo, durante su estancia en la Escuela de Enfermería de la UNC en Chapel Hill como decana, Swanson se concentró en reforzar los vínculos entre la formación, la investigación y la práctica de la enfermería. En colaboración con la Dra. Mary Tonges, profesora clínica, directora de Enfermería y vicepresidenta de los Servicios de Atención al Paciente del UNC Hospital, Swanson ha trabajado en fortalecer la base académica que sustenta la práctica de la enfermería y promueve la importancia de la formación y la investigación en enfermería para la práctica clínica a través de proyectos de mejora de la calidad. Esta colaboración en investigación tuvo resultados positivos en cuanto a satisfacción en el lugar de trabajo de enfermería y seguridad de los pacientes. Análogamente, más recientemente, la teoría de los cuidados de

Swanson ha sido aplicada en la práctica clínica y evaluada en variables seleccionadas en el Virginia Mason Medical Center en Seattle con resultados positivos para pacientes y profesionales de enfermería. En la actualidad, Swanson se encuentra negociando con el sistema de salud de Providence la mejor forma de desarrollar la asistencia enfermera para cubrir las necesidades de salud de las poblaciones en el siglo XXI.

Caso clínico

1. El nacimiento de un hijo es una de las experiencias más memorables de la vida de una mujer. Usted es enfermera de la unidad de partos y en el cambio de turno le encargan el cuidado de una madre adolescente que ha llegado sola al hospital y que está en período activo de parto. Cuando llega a su habitación se da cuenta de que está llorosa y parece asustada.

   Describa cómo aplicaría la teoría de Swanson en su trabajo para conectar emocionalmente con esta joven madre y proporcionarle cuidados.
2. Un hombre de 56 años, obeso, se presenta en la clínica ambulatoria. Sufre polidipsia y poliuria desde hace una semana. También refiere una pérdida de peso de 5 kg en las últimas semanas. Ha retrasado su asistencia al médico durante el mayor tiempo posible, porque temía tener diabetes, como su padre, y le asustaba enfrentarse a esta realidad. Su nivel de azúcar arroja un valor de 430 mg/dl. El hombre rompe a llorar.

   Describa cómo aplicaría la teoría de Swanson para ayudar a este cliente a afrontar el diagnóstico de una enfermedad crónica, a enfrentarse al proceso de la enfermedad y a promover su bienestar.

Actividades de pensamiento crítico

1. Piense en la teoría de los cuidados de Swanson como un marco para su propia práctica e investigación de enfermería en un área seleccionada. ¿Cómo podría aplicarse?

2. Piense en un momento en el que sintió que alguien cuidaba de usted con intensidad. Recuerde lo que sintió personalmente con esta experiencia. Reflexione sobre la misma y revísela en el contexto de los procesos de cuidados en la teoría de Swanson.
3. Piense en una interacción con un cliente y su familia en su práctica clínica que desearía cambiar o mejorar. Utilice los procesos de la teoría del cuidado para valorar de forma crítica sus acciones y plantéese cómo podría haber resultado más adecuada. ¿Qué cambiaría y por qué?

Referencias para ampliar conocimientos

- Swanson, K. M. (1998). Caring made visible. *Creative Nursing, 4*(4), 8–11, 16.
- Swanson, K. M. (1999). Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31*(4), 339–345.
- Swanson, K. M. (1999). The effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research, 48*(6), 288–298.
- Swanson, K. M., & Wojnar, D. (2004). Optimal healing environments in nursing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10*(1), 43–48.

Bibliografía

Booth-Laforce C, Scott CS, Heitkemper MM, Cornman BJ, Bond EF, Swanson KM. Complementary and alternative medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: Results of integrating CAM into nursing curriculum. *Journal of Professional Nursing*. 2010;26(5):293–300.

Chinn PL, Kramer M. *Integrated knowledge development in nursing*. 9th ed. St Louis, MO: Mosby-Elsevier; 2015.

Grant S, Swanson KM. Steaming the tide of the nursing shortage. *The CERNER Quarterly*. 2006;2(2):34–35.

Jennings BM, Loan LA, Heiner SL, Hemman EA, Swanson KM. Soldiers' experiences with military health care. *Military Medicine*.

2005;170(12):999–1004.

Kavanaugh K, Moro TT, Savage T, Mehendale R. Enacting a theory of caring to recruit and retain vulnerable populations for sensitive research. *Research in Nursing and Health*. 2006;29(3):244–252.

Kavanaugh K, Roscigno CI, Swanson KM, Savage TA, Kimura RE, Kilpatrick SJ. Perinatal palliative care: Parent perceptions of caring in interactions surrounding counseling for risk of delivering an extremely premature infant. *Palliative Support and Care*. 2015;13(2):145–155.

Kish CP, Holder LM. Helping to say goodbye: Merging clinical scholarship with community service. *Holistic Nursing Practice*. 1996;10(3):74–82.

McNair DM, Lorr M, Droppleman LF. *Profile of mood states: Manual*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service; 1981.

Mowinski-Jennings BM, Heiner SL, Loan LA, Hemman EA, Swanson KM. What really matters to health care consumers. *Journal of Nursing Administration*. 2005;35(4):173–180.

Quinn J, Smith M, Ritenbaugh C, Swanson KM. Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. *Alternative Therapies*. 2003;9(31):69–79.

Roscigno CI, Swanson KM. Parent's experiences following children's moderate to severe traumatic brain injury: A clash of cultures. *Qualitative Health Research*. 2011;21(10):1413–1426.

Roscigno CI, Swanson KM, Solchany J, Vavilala M. Children's longing for everydayness: Life following traumatic brain injury in the USA. *Brain Injury*. 2011;25(9):882–894.

Sikma S. Staff perceptions of caring. The importance of a supportive environment. *Journal of Gerontological Nursing*. 2006;32(6):22–29.

Swanson KM. Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. *Advances in Nursing Science*. 1990;13(1):60–73.

Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 1991;40(3):161–166.

Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1993;25(4):352–357.

Swanson KM. The effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research*. 1999;48(6):288–298.

Swanson KM. Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1999;31(4):339–345.

Swanson KM. What's known about caring in nursing: A literary meta-analysis. In: Hinshaw AS, Shaver J, Feetham S, eds. *Handbook of clinical nursing research*. Thousand Oaks: CA: Sage; 1999:31–60.

Swanson KM. A program of research on caring. In: Parker ME, ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2001:411–420.

Swanson KM. Caring Professional Scale. In: Watson J, ed. *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Springer; 2002:203–206.

Swanson KM. Enhancing nurses' capacity for compassionate caring. In: Koloroutis M, Felgen J, Person C, Wessel S, eds. *Relationship-based care field guide*. Minneapolis: Creative Help Care Management; 2007:502–507.

Swanson KM, Chen HT, Graham JC, Wojnar DM, Petras A. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 2009;18(8):1245–1257.

Swanson KM, Connor S, Jolley S, Pettinato M, Wang TJ. Context and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health*. 2007;30(1):2–16.

Swanson KM, Wojnar D. Optimal healing environments in nursing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2004;10(1):43–48.

Swanson-Kauffman, K.M. (1985). Miscarriage: A new understanding of the mother's experience. Proceedings of the 50th Anniversary Celebration of the University of Pennsylvania School of Nursing, Philadelphia, 63-78.

Swanson-Kauffman KM. Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing*. 1986;8(2):37–46.

Swanson-Kauffman KM. The caring needs of women who miscarry. In: Leininger MM, ed. *Care, discovery and uses in clinical and community nursing*. Detroit: Wayne State University Press; 1988:55–71.

Swanson-Kauffman KM. There should have been two: Nursing care of parents experiencing the perinatal death of a twin. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 1988;2(2):78–86.

Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown; 1979.

Watson J. New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*. 1988;1(4):175–181.

Watson J. *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 1999.

Wei H, Roscigno Cl, Swanson KM, et al. Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung*. 2016;45(2):154–160.

Wojnar DM. Miscarriage experiences of lesbian birth and social mothers: Couples' perspective. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2007;52(5):479–485.

Wojnar D, Swanson KM. Why shouldn't lesbian women who miscarry receive equal consideration? A viewpoint. *Journal of GLBT Family Studies*. 2006;2(1):1–12.

Wojnar D, Swanson KM, Aldofsson A. Confronting the inevitable: A conceptual model of miscarriage for use in clinical practice and research. *Death Studies*. 2011;35(6):536–558.

Yorkston KM, Klasner ER, Swanson KM. Communication in multiple sclerosis: Understanding the insider's perspective. *American Journal of Speech Language Pathology*. 2001;10(2):126–137.

Lecturas recomendadas

Fuentes principales

Capítulos de libros

Swanson KM. Foreword. In: Wheeler S, Pike M, eds. *Grief ltd. manual*. Covington, IN: Grief Limited; 1992.

Swanson-Kauffman KM. Overview of the balancing act: Having it all. In: Swanson-Kauffman K, ed. *Women's work, families and health*. New York: Hemisphere; 1987: (Reprint of Swanson-Kauffman, K. M. [1987]. Overview of the balancing act: Having it all. Health Care of Women International, 8[2-3], 101-108.).

Swanson-Kauffman KM, Roberts J. Caring in parent and child nursing. Knowledge about care caring: State of the art future development. Washington, DC: American Academy of Nursing; 1990.

Swanson-Kauffman KM, Schonwald E. Phenomenology. In: Sarter B, ed. *Paths to knowledge: Innovative research methods for nursing*. New York: National League for Nursing; 1988:97–105.

Artículos de revistas

Huffman CS, Schwartz TA, Swanson KM. Couples and miscarriage: The influence of gender and reproductive factors on the impact of miscarriage. *Women's Health Issues*. 2015;25(5):570–578.

Swanson KM. Commentary: The phenomena of doing well in people with AIDS. *Western Journal of Nursing Research*. 1993;15(1):56.

Swanson KM. Commentary, the power of human caring: Early recognition of patient problems. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1995;9(4):319–321.

Swanson KM. Caring made visible. *Creative Nursing*. 1998;4(4): 8–11, 16.

Swanson KM. Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path

analysis based on Lazarus' paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 2000;9(2):191–206.

Swanson KM, Karmali Z, Powell S, Pulvermakher F. Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(5):902–910.

Swanson-Kauffman KM. Echocardiography: An access route to the heart. *Critical Care Nurse*. 1981;1(6):20–26.

Swanson-Kauffman KM. Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing*. 1986;8(2):37–46.

Swanson-Kauffman KM. A combined qualitative methodology for nursing research. *Advances in Nursing Science*. 1986;8(3):58–69.

Swanson-Kauffman KM. Overview of the balancing act: Having it all. *Health Care for Women International*. 1987;8(2–3):1–8.

Swanson-Kauffman KM. There should have been two: Nursing care of parents experiencing the perinatal death of a twin. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 1988;2(2):78–86.

Wojnar D, Swanson KM. Why shouldn't lesbian women who miscarry receive equal consideration? A viewpoint. *Journal of GLBT Family Studies*. 2006;2(1):1–12.

Wojnar DM, Swanson KM. Phenomenology: An exploration. *Journal of Holistic Nursing*. 2007;25(3):172–180: discussion 181-182, quiz 183-185.

Tesis doctoral

Swanson-Kauffman, K.M. (1983). The unborn one: A profile of the human experience of miscarriage. Unpublished doctoral dissertation, University of Colorado, Denver.

Boletines informativos y reimpresiones

Swanson-Kauffman, Swanson-Kauffman, K.M. (1984, Spring). A methodology for the study of nursing as a human science. Alpha Kappa Chapter at Large News, 3.

Swanson-Kauffman KM. Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Counselor Connection*. 1987;3(2):2–5: (Reprint of Swanson-Kauffman, K. M. [1986]. Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. Topics in Clinical Nursing, 8[2], 37-46.).

Swanson-Kauffman KM. Miscarriage: An often-overlooked maternal loss. *Perinatal Newsletter*. 1988;2(3):1.

Resúmenes publicados

Swanson KM. Caring as intervention (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1993;26:299.

Swanson KM. Caring theory: Structure and assumptions (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1993;26:255.

Swanson KM. Effects of caring on healing post miscarriage (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1995;28:281.

Swanson KM, Kieckhefer G, Henderson D, Powers P, Leppa C, Carr K. Miscarriage: Patterns of meaning (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1991;24:110.

Swanson KM, Kieckhefer G, Powers P, Carr K. Meaning of miscarriage scale: Establishment of psychometric properties (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1990;23:89.

Swanson KM, Klaich K, Leppa C. A caring intervention to promote well-being in women who miscarry (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1992;25:365.

Swanson KM, Pulvermakher F, Karmali Z, Powell S. Effects of miscarriage on couple relationships (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 2001;34:339.

Swanson KM, Taylor G, Shipman L, Spoor K, Zillyet K. Miscarriage and healing amongst the Shoalwater (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 2002;35:135.

Swanson KM, Wojnar DM, Petras A, Chen H, Graham C. Effects of caring on couples' grief after miscarriage. *Communicating Nursing Research*. 2008;40:162.

Swanson-Kauffman KM. A profile of the human experience of miscarriage (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1984;6(3):46.

Swanson-Kauffman KM. A combined qualitative methodology for nursing research (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1985;18:57.

Swanson-Kauffman, K.M. (1985). Miscarriage: A new understanding of the mother's experience. Proceedings of the 50th anniversary celebration of the University of Pennsylvania School of Nursing, 63-78.

Swanson-Kauffman KM. Work and family: The delicate balance. Symposium (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1986;19:153–156.

Swanson-Kauffman KM. Empirical development and refinement of a model of caring (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1988;21:80.

Swanson-Kauffman KM. From phenomenological to experimental design: Qualitative inquiry as a framework for the intervention (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1989;22:147.

Swanson-Kauffman KM, Powers P, Klaich K, Lethbridge D, Jarrett M. Success: As women view it (Abstract). *Communicating Nursing Research*. 1990;23:59.

Wei H, Roscigno CL, Swanson KM, Blacck BP, Hudson-Barr D, Hanson CC.

Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart and Lung*. 2016;45(2):154–160.

36

Teoría del final tranquilo de la vida

Dana M. Hansen[*]

«Los estándares asistenciales ofrecen un abordaje prometedor para el desarrollo de teorías de nivel medio prescriptivas por su base empírica en la práctica clínica y su atención a las relaciones entre intervenciones y resultados.»

(*Ruland y Moore, 1998*, pág. 169)

Cornelia M. Ruland
(1954-actualidad)

Shirley M. Moore
(1948-actualidad)

Acreditaciones y antecedentes

Cornelia M. Ruland

Cornelia M. Ruland obtuvo el doctorado en Enfermería en la Case Western Reserve University, en Cleveland, Ohio, en 1998. Es directora del Center for Shared Decision Making and Nursing Research en el Rikshospitalet, el hospital universitario de Oslo, Noruega, y profesora adjunta en el Departamento de Informática Biomédica en la Columbia University de Nueva York. Ruland ha creado un amplio programa de investigación para la mejora de la toma de decisiones compartidas y las asociaciones paciente-

proveedor en el cuidado de la salud, y para el desarrollo, puesta en marcha y evaluación de los sistemas de información para apoyarla. Su centro de atención está en los aspectos de la toma de decisiones compartidas, en situaciones clínicamente comprometidas, y en los instrumentos que utiliza: 1) cuando los pacientes se enfrentan a decisiones de tratamiento o de elecciones difíciles para las que necesitan ayuda con el fin de comprender los posibles daños y beneficios de las diferentes opciones, y obtener sus valores y preferencias, y 2) el tratamiento de enfermedades crónicas o graves a largo plazo en el tiempo ajustado a las preferencias. Como investigadora principal en numerosos proyectos de investigación, ha recibido varias distinciones por su trabajo.

Shirley M. Moore

Shirley M. Moore es decana adjunta de investigación y profesora de la Escuela de Enfermería de la Case Western Reserve University. Obtuvo su diploma de Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Youngstown Hospital Association (1969) y su licenciatura de Enfermería en la Kent State University (1974). En la Case Western Reserve University obtuvo un máster en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (1990), así como un doctorado en Ciencias de la Enfermería (1993). Ha enseñado Teoría y Ciencia de la Enfermería a estudiantes de Enfermería de todos los niveles, y dirige un programa de investigación y desarrollo de teorías sobre la recuperación tras episodios cardíacos. Al principio de su doctorado, Moore fue alentada no solo a usar la teoría, sino también a desarrollarla. La Rosemary Ellis Theory Conference, celebrada anualmente durante varios años en la Case Western Reserve University, ofreció a Moore otra oportunidad para explorar la teoría como un instrumento práctico para profesionales, investigadores y docentes. Influida por estas experiencias, Moore ayudó a desarrollar y publicar teorías, como la de Ruland y Moore (1998). Moore reconoció la elaboración de teorías como una capacidad clave en los alumnos de doctorado.

Fuentes teóricas

La teoría del final tranquilo de la vida está conformada por varios marcos teóricos (Ruland y Moore, 1998). Se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales. Esta teoría es dominante en todos los tipos de teoría de enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías de nivel medio o de microrrango, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de la asistencia sanitaria. En la teoría del final tranquilo de la vida, la estructura-contexto es el sistema familiar (el paciente terminal y sus allegados) que está recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad hospitalaria de agudos, y el proceso se define como las acciones (intervenciones de enfermería) dirigidas a promover los siguientes desenlaces positivos: 1) ausencia de dolor; 2) experiencia de bienestar; 3) experiencia de dignidad y respeto; 4) estar en paz, y 5) sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores.

Un segundo puntal teórico es la teoría de la preferencia (Brandt, 1979) que han utilizado los filósofos para explicar y definir la calidad de vida (Sandoe, 1999), un concepto importante para la investigación y la práctica del final de la vida. En la teoría de la preferencia, se define la buena vida como conseguir lo que se desea, un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado del final de la vida. Puede aplicarse tanto a personas sensibles como a personas incapacitadas que aportaron previamente documentación relacionada con la toma de decisiones para el final de la vida. Por tanto, la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales. La incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada (Ruland y Bakken, 2001; Ruland, Kresevic y Lorensen, 1997) y necesaria para conseguir procesos y desenlaces satisfactorios (Ruland y Moore, 2001).

Esta teoría se originó en un curso de doctorado sobre teoría en el que Ruland era una estudiante y Moore, la profesora. Las teorías de nivel medio acababan de aparecer y había pocas definiciones o ejemplos adecuados. Se planteó a los alumnos que pensaran sobre el uso y desarrollo futuros de la teoría de nivel medio para la

ciencia y la práctica de la enfermería. Los estudiantes trataron sobre las fuentes de conocimiento de las que podían derivar la teoría de nivel medio, como el conocimiento empírico, el conocimiento de la práctica clínica y el conocimiento sintetizado. Se pidió a cada estudiante que obtuviera una teoría de nivel medio de una fuente de conocimiento de elección. Ruland acababa de completar un proyecto muy importante para desarrollar una norma asistencial para el final tranquilo de la vida con un grupo de enfermeras oncológicas en Noruega. Ruland sintetizó los estándares en la teoría del final tranquilo de la vida y más tarde fueron perfeccionados con la ayuda de Moore. Este es un ejemplo de teoría de nivel medio desarrollada por estudiantes de doctorado de Enfermería al estudiar métodos para desarrollar conocimientos. Esta teoría también es un ejemplo de desarrollo de una teoría de nivel medio utilizando un estándar de la práctica como fuente.

Principales conceptos y definiciones

Ausencia de dolor

La parte fundamental de la experiencia del final de la vida de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o de molestias sintomáticas. El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable que se puede asociar con una lesión hística potencial o real.

Experiencia de bienestar

El **bienestar** se define de forma general, usando el trabajo de Kolcaba y Kolcaba (1991), como «alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera» (Ruland y Moore, 1998, pág. 172).

Experiencia de dignidad y respeto

Todo paciente terminal se «respeta y se aprecia como un ser humano» (Ruland y Moore, 1998, pág. 172). Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las

personas con autonomía reducida tienen derecho a protección (United States, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978).

Estar en paz

La **paz** es un «sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación, preocupaciones y miedo» (Ruland y Moore, 1998, pág. 172). Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.

Proximidad de los allegados

Proximidad es el «sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan» (Ruland y Moore, 1998, pág. 172). Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas.

Uso de datos empíricos

La teoría del final tranquilo de la vida se basa en la evidencia empírica de la experiencia directa de enfermeras expertas y de una concienzuda revisión de la bibliografía sobre componentes de la teoría. El grupo de profesionales expertos que desarrolló el estándar asistencial del final tranquilo de la vida tenía por lo menos 5 años de experiencia clínica en el cuidado de pacientes terminales. El estándar estaba compuesto por las mejores prácticas basadas en datos científicos obtenidos por la investigación en las áreas de control del dolor, bienestar, nutrición y relajación. Esta teoría prescriptiva incluye varias afirmaciones relacionales para las que se necesitan más datos empíricos. Se pueden obtener fácilmente hipótesis explícitas de estas afirmaciones relacionales para probar su utilidad. Los autores del estándar asistencial y de la teoría intentaron incorporar conceptos y relaciones observables, descritos con claridad, que expresan la noción de cuidado.

Principales premisas

Enfermería, persona, salud y entorno

Como en otras teorías de nivel medio, el interés de la teoría del final tranquilo de la vida no aborda todos los conceptos de los metaparadigmas. La teoría se derivó de las normas de cuidados escritas por un equipo de profesionales expertos de enfermería que estaban enfrentándose a un problema práctico; por tanto, los conceptos metaparadigmáticos abordados explícitamente fueron *enfermería* y *persona.* La teoría contempla los fenómenos de enfermería de cuidados complejos y holísticos para apoyar un final tranquilo de la vida de las personas.

Las dos premisas que se identifican en la teoría de Ruland y Moore (1998) son:

1. Los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final de la vida son personales e individuales.
2. El cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia del final tranquilo de la vida. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia del final de la vida de la persona e intervienen de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente.

Otras dos premisas están implícitas:

1. La familia, un término que incluye a todos los allegados, es una parte importante del cuidado del final de la vida.
2. El objetivo del cuidado del final de la vida no es optimizar el cuidado en el sentido de que debe ser el tratamiento mejor y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que, normalmente, lleve a un tratamiento excesivo, sino maximizar el tratamiento –es decir, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila–.

Fundamentos teóricos

Se identificaron seis postulados con relaciones explícitas (Ruland y

Moore, 1998) como fundamentos teóricos para la teoría:

1. Controlar y administrar la analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor.
2. Prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la satisfacción, y prevenir las complicaciones contribuye a la experiencia de bienestar del paciente.
3. Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto del paciente.
4. Proporcionar apoyo emocional, control y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo.
5. Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuidan.
6. Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad, de respeto, de estar en paz y la proximidad de los allegados o personas que cuidan contribuyen al final tranquilo de la vida (pág. 174).

Planteamiento lógico

La teoría del final tranquilo de la vida se desarrolló mediante lógica inductiva y deductiva. Una característica única de la teoría es su desarrollo a partir de un estándar de cuidados. El estándar del final tranquilo de la vida lo crearon enfermeras expertas como respuesta

a una falta de dirección para tratar el complejo cuidado de los pacientes terminales. La directriz fue desarrollada para la unidad de cuidado quirúrgico gastroenterológico de un hospital universitario noruego. Así, la directriz sirvió como un lógico paso intermedio para unir la práctica y la teoría. Las directrices sirven como instrucciones creíbles y autorizadas que describen los papeles y responsabilidades de un profesional, y el nivel de actuación de cuidado de enfermería deseado con el que se pueda evaluar la calidad de la práctica (American Association of Critical Care Nurses, 1998). En este caso de desarrollo del conocimiento, el estándar de cuidado es un paso provisional que enlaza eficazmente la práctica clínica y la teoría.

Ruland y Moore (2001) detallaron los pasos que siguieron en el desarrollo del estándar para el final tranquilo de la vida, que incluía una revisión de la bibliografía pertinente, una clarificación de conceptos importantes y la incorporación de conocimientos de la práctica clínica. Cada uno de estos pasos es análogo a los utilizados en el desarrollo de la teoría. Por tanto, la lógica utilizada en el desarrollo de esta teoría es sencilla y su proceso está claramente indicado.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Práctica profesional

La teoría del final tranquilo de la vida se cita en un pequeño aunque creciente número de artículos. Está incluida en la Nursing Theory Link Page de la Escuela de Enfermería de la Clayton State University, con un enlace al artículo «End-of-life care», en el *American Journal of Critical Care* (Kirchhoff et al., 2000). Además, el innovador desarrollo de esta teoría por Ruland y Moore ha sido mencionado dentro de la bibliografía sobre elaboración de teorías como un ejemplo importante de la síntesis de afirmaciones que se producía antes de la síntesis de la teoría (Walker y Avant, 2011). Liehr y Smith (1999) se refieren al desarrollo de la teoría a partir de un estándar de la práctica como base para desarrollar la teoría, Kehl (2006) la cita en su análisis de conceptos de «buena muerte» y Baggs

y Schmitt (2000) analizan la potencial utilidad de la teoría como medio para mejorar la toma de decisiones al final de la vida en adultos gravemente enfermos. Veillette et al. (2010) incorporaron esta teoría a la práctica en la zona rural de Quebec. Kirchhoff (2002) continuó la discusión sobre la creación de un entorno de cuidados en la unidad de cuidados intensivos que favorece una muerte tranquila, resumiendo información de tres fuentes:

1. La teoría del final tranquilo de la vida (Ruland y Moore, 1998).
2. La definición de muerte tranquila del Institute of Medicine (Field y Cassell, 1997).
3. Los preceptos de «Peaceful Death: Recommended Competencies and Curricular Guidelines for End of Life Nursing Care», de la American Association Colleges of Nursing (1997).

La teoría del final tranquilo de la vida se empleó para desarrollar un modelo para el cuidado paliativo holístico de los pacientes con anemia drepanocítica (Wilkie et al., 2010). En Taiwán, Lee et al. (2009) citaron la teoría del final tranquilo de la vida como una herramienta útil para desarrollar un marco que permita identificar las principales barreras para un buen cuidado al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos. Lee et al. (2014) analizaron la validez y fiabilidad del National Survey of Critical-Care Nurses Regarding End-of-Life Care Questionnaire, que se desarrolló a partir de esta teoría. Este cuestionario incorpora cinco conceptos de la misma: 1) control del dolor; 2) búsqueda de la comodidad; 3) respeto al paciente; 4) entorno tranquilo, y 5) cercanía a las personas significativas.

Formación

El final tranquilo de la vida se ha integrado en cursos de enfermería durante generaciones, con la atención centrada en el cuidado del paciente y la familia. El contenido se ha estandarizado más en forma de teoría, competencias y pautas de los programas de estudio. El de Ruland y Moore (1998) es un ejemplo de una teoría

inicial del final de la vida cuando se ha centrado la atención en cuidados paliativos y terminales. Ruland y Moore (1998) han sido citadas por Kirchhoff et al. (2000) cuando el final de la vida era un tema de formación continuada (FC) ofrecido a enfermeras de cuidados intensivos en su revista *online.*

Investigación

La teoría del final tranquilo de la vida ha obtenido un reconocimiento internacional, dado que contiene los componentes clave de una muerte tranquila. Kongsuwan et al. crearon un modelo conceptual (Kongsuwan y Touhy, 2009) y realizaron investigación cualitativa (Kongsuwan y Locsin, 2009) y cuantitativa (Kongsuwan et al., 2010) sobre la muerte tranquila en pacientes adultos en Tailandia. La teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore (1998) sirvió como un modelo comparativo para el trabajo de Kongsuwan et al. y fue citada como poseedora de cualidades esenciales para una muerte tranquila que han sido identificadas en numerosas culturas. Para continuar su trabajo, Kongsuwan et al. (2012) compararon sus hallazgos con los conceptos identificados en la teoría del final tranquilo de la vida y encontraron que estaban apoyados por esta, lo que indica que la muerte tranquila tiene importancia y similitudes en las distintas culturas.

Un estudio etnográfico realizado en Quebec para identificar los componentes clave de una buena muerte en personas de áreas rurales permitió a los autores identificar que la teoría del final tranquilo de la vida era importante para comprender el concepto de una buena muerte (Veillette et al., 2010). Wilkie et al. (2010) analizaron la aplicación de esta teoría en pacientes con drepanocitosis. Por último, en 2015, un estudio etnográfico sobre pacientes en cuidado paliativo realizado en Ottawa empleó la teoría del final tranquilo de la vida para identificar atributos específicos de este momento, como la conciencia mental, la comodidad, el sentido de cercanía y la optimización de las relaciones a la hora de afrontar el final de la vida (Wright et al., 2015).

Evolución

Ruland y Moore reconocen la necesidad de un mayor perfeccionamiento y desarrollo de la teoría. Hay numerosas ideas potenciales para adelantar su desarrollo y probar la teoría; por ejemplo, una posibilidad es probar las relaciones entre los cinco conceptos principales. Otra idea es unir algunos de los criterios del proceso a partir de los tres conceptos de dolor, bienestar y tranquilidad para examinar los resultados relacionados con el tratamiento de los síntomas físicos y psicológicos. Se podría utilizar el análisis u organizar los conceptos para determinar si los criterios del proceso asociados con los tres conceptos son diferentes o lo suficientemente parecidos como para permitir su unión. Para el concepto dolor, dos criterios de proceso (control del dolor y administración de analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas) están íntimamente relacionados con el criterio del proceso de bienestar (prevención, control y alivio de las molestias físicas) y con el criterio de proceso de tranquilidad (control y detección de la necesidad del paciente de que se le administren ansiolíticos). Las intervenciones no farmacológicas (p. ej., música, humor, relajación) que sirven para distraer a un moribundo son útiles para el alivio del dolor, de la ansiedad y del malestar físico en general. Se sugiere que futuros estudios analicen las posibles aplicaciones de la teoría del final tranquilo de la vida.

Crítica

Claridad

Todos los elementos de la teoría están expuestos con claridad, incluidos el contexto, las suposiciones, los conceptos y las afirmaciones de relación. Estos conceptos varían de manera considerable en su nivel de abstracción, de más concretos (dolor y bienestar) a más abstractos (dignidad).

Sencillez

Esta teoría es, a pesar de los términos sencillos y de la expresión clara de las ideas, una de las teorías de nivel medio de mayor nivel (Higgins y Moore, 2000), debido principalmente al nivel de

abstracción de los criterios de valoración y a la complejidad multidimensional expresada en sus afirmaciones de relación.

Generalidad

La teoría del final tranquilo de la vida tiene unos límites específicos relacionados con el tiempo, el contexto y la población de pacientes. Fue desarrollada para su uso con adultos terminales y con sus familias que están siendo atendidos en un contexto de pacientes agudos. El concepto de final tranquilo de la vida procede de un contexto noruego y puede no ser adecuado para todas las culturas; sin embargo, se ha usado para la práctica y la investigación de los profesionales de enfermería en otras culturas. Sus conceptos y relaciones encuentran eco en numerosas enfermeras y tratan exhaustivamente los aspectos multidimensionales del cuidado del final de la vida. Por ejemplo, los criterios de valoración asociados con los cinco conceptos tratan el aspecto técnico de los cuidados:

1. Proporcionar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el alivio de los síntomas.
2. La comunicación para la toma de decisiones.
3. El aspecto psicológico para el apoyo emocional.
4. La dignidad.
5. El respeto para tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto (fig. 36.1).

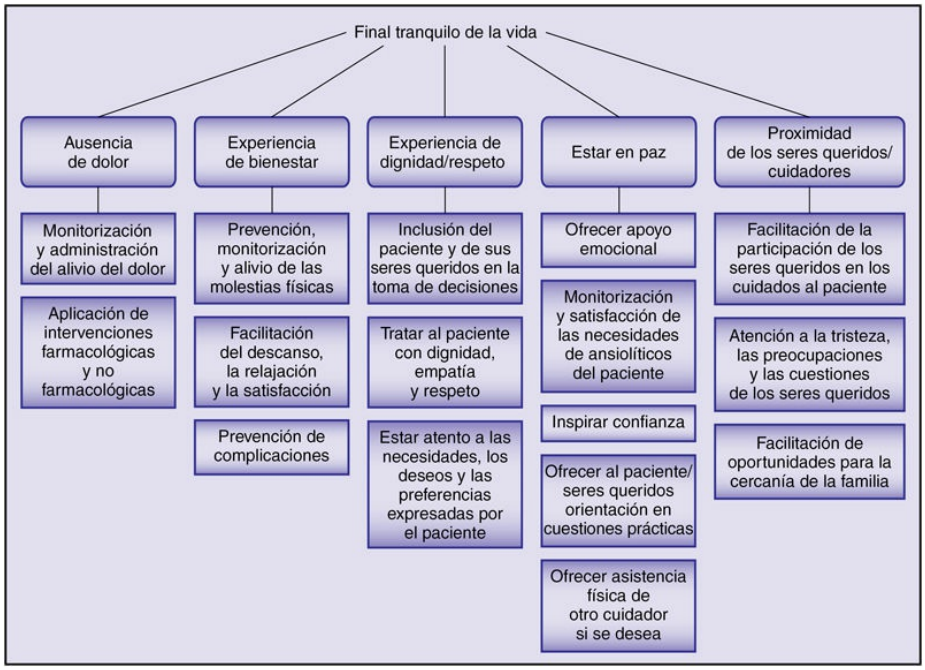


FIGURA 36.1 Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida. (Tomado de Ruland, C. M., & Moore, S. M. [1998]. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook, 46*[4], 174.)

Accesibilidad

La lógica inductiva y deductiva utilizada para desarrollar esta teoría proporciona una base sólida para el desarrollo de hipótesis comprobables entre los cinco conceptos de la teoría. Se demuestra la congruencia teórica mediante los criterios de valoración, todos ellos contextualizados desde la perspectiva de los pacientes y de sus familias.

Importancia

Como síntesis satisfactoria de la práctica clínica y del desarrollo académico de la teoría, la teoría del final tranquilo de la vida ilustra una forma de resolver la secuencia teoría-práctica-investigación. Además de abordar la necesidad identificada de una teoría de nivel medio exhaustiva para guiar el cuidado de los pacientes en la experiencia del final de la vida, el trabajo de Ruland y Moore (2001) ilustra claramente la riqueza de la práctica y los estándares como fuente para el desarrollo de la teoría.

Todos los criterios de valoración son medibles, utilizando metodologías cualitativas, cuantitativas o ambas (v. fig. 36.1). A diferencia de las teorías de nivel medio que cuentan con un instrumento específico para medir un concepto en particular, los autores no han desarrollado ningún instrumento para la teoría del final tranquilo de la vida. Para estudios futuros entre los cinco conceptos es necesario identificar instrumentos para medir relaciones hipotéticas. Métodos cualitativos o mixtos podrían ser apropiados para investigar los conceptos. Por ejemplo, podría usarse un enfoque fenomenológico con el fin de investigar las percepciones de los pacientes y sus familiares en cuanto a las oportunidades y la satisfacción en la cercanía familiar, la toma de decisiones o ambas. Además de la atención a los vínculos, se ha considerado una serie de instrumentos existentes para medir indicadores de resultados asociados con los cinco conceptos (v. fig. 36.1), como la percepción de los síntomas con la Memorial Symptom Assessment Scale (Portenoy et al., 1994) o el General Comfort Questionnaire de Kolcaba (2003).

Caso clínico

Becky es una mujer de 66 años a la que se le diagnosticó insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) en fase 4. Enviudó recientemente (hace unos 6 meses); es madre de cuatro hijos, todos ellos adultos jóvenes, y tiene dos nietos. Su hija menor (Sue) vive con ella y estudia en una universidad local. Sue se ha tomado un descanso en sus estudios para cuidar de su madre. Becky ha cumplimentado su testamento vital, y está decidida a no recibir medidas extraordinarias para prolongar artificialmente su vida. Esta decisión ha sido problemática para sus hijos, a los que les resulta difícil afrontar la pérdida de su otro progenitor. Sue tiene un poder notarial permanente para los asuntos médicos de su madre y dice que llamaría a emergencias si esta dejara de respirar, aun cuando haya firmado una orden de no reanimar.

El médico ha prescrito cuidados en un centro paliativo. La hija recibe a la trabajadora social y a la enfermera en la puerta e insiste en que no se mencione el término *cuidados paliativos* delante de su madre, porque eso la «mataría». Durante su ingreso en el centro de cuidados paliativos, quedó claro que Becky entiende que se está

muriendo y que es consciente de lo que sufren sus hijos ante la perspectiva de perder a su madre. Al cabo de unas semanas en el programa del centro de cuidados paliativos, Becky indica que padece malestar, dificultad para respirar y dificultad para comunicarse con sus hijos para transmitirles sus deseos. No está preparada para despedirse de ellos y de sus nietos y tiene miedo a morir.

Pese a la medicación prescrita y a unos cuidados en equipo (trabajadora social, enfermera, auxiliar de enfermería y sacerdote), Becky continúa padeciendo dolores intensos (8-10) y habla de su sufrimiento, su miedo a la muerte y su preocupación por lo que le sucederá a su familia cuando ella ya no esté. Durante una reunión del equipo, se decidió pedirle a Becky que describiera tres clases diferentes de dolor (físico, emocional y espiritual). La valoración que ella dio fue de 3-4 en dolor físico, mientras que calificó sus dolores emocional y espiritual con un índice elevado (8-10). Los hijos siguen pidiendo tratamientos más intensivos; sin embargo, también dicen que no quieren verla sufrir.

Actividades de pensamiento crítico

El final de la vida se asocia a complejos desafíos fisiológicos, psicológicos, espirituales y de relaciones familiares que afectan al confort del paciente y a su capacidad para conseguir un final tranquilo de la vida. Las cuestiones no resueltas en las relaciones familiares pueden llevar a un duelo complicado en los miembros de la familia antes y después de la muerte. El sufrimiento más allá del malestar físico no es fácil de entender; aliviar dicho sufrimiento es un objetivo fundamental de los cuidados en el final de la vida, y es necesario conseguir confort y una fase última vital tranquila.

1. Utilice la teoría del final tranquilo de la vida para planificar la asistencia de Becky.
2. Utilice los conceptos de «cercanía a las personas importantes» y «experiencia de dignidad y respeto» derivados de la teoría del final tranquilo de la vida para desarrollar una estrategia de cuidado de enfermería que le permita cubrir los aspectos vinculados con la relación con Becky y su familia.
3. ¿Qué limitaciones de la teoría encuentra en estas

consideraciones?

4. Identifique los signos de duelo anticipado y describa la aplicación de la teoría del final tranquilo de la vida para abordar estos aspectos y conseguir que Becky y su familia tengan un final tranquilo de la vida de la primera.
5. ¿Cómo identificaría y afrontaría los aspectos vinculados con el sufrimiento (p. ej., emocional, espiritual y psicológico)? Explore el uso de la teoría del final tranquilo de la vida en su propia práctica enfermera.

Referencias para ampliar conocimientos

- Kongsuwan, W., Keller, K., Touhy, T., & Schoenhofer, S. (2010). Thai Buddhist intensive care unit nurses' perspective of a peaceful death: An empirical study. *International Journal of Palliative Nursing, 16*(5), 241–247.
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook, 46*(4), 169–175.

Bibliografía

American Association of Critical Care Nurses. (1998). Standards for acute and critical care nursing practice. Aliso Viejo, CA: AACN. Retrieved from http://www.aacn.org.

Baggs JG, Schmitt MH. End-of-life decisions in adult intensive care: Current research base 158 and directions for the future. *Nursing Outlook*. 2000;48(4):158–164.

Brandt RB. *A theory of the good and the right*. Oxford: Clarendon Press; 1979.

Field MJ, Cassell CK. *Approaching death: Improving care at the end of life (IOM report)*. Washington, DC: National Academy Press; 1997.

Higgins PA, Moore SM. Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing Outlook*. 2000;48(4):179–183.

Kehl KA. Moving toward a peace: An analysis of the concept of the good death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2006;23(4):277–286.

Kirchhoff KT. Promoting a peaceful death in the ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2002;14(2):201–206.

Kirchhoff KT, Spuhler V, Walker L, Hutton A, Cole B, Clemmer T. End-of-life care: Intensive care nurses' experiences with end-of-life care. *American Journal of Critical Care*. 2000;9(1):36–42.

Kolcaba K. *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer; 2003.

Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16(11):1301–1310.

Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchin Y. Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care*. 2012;17(3):151–159.

Kongsuwan W, Keller K, Touhy T, Schoenhofer S. Thai Buddhist intensive care unit nurses' perspective of a peaceful death: An empirical study. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010;16(5):241–247.

Kongsuwan W, Locsin RC. Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*. 2009;56:116–122.

Kongsuwan W, Touhy T. Promoting peaceful death for Thai Buddhists; implications for a holistic end of life care. *Holistic Nursing Practice*. 2009;23(5):289–296.

Lee JH, Choi M, Kim S, Beckstrand R. Factor structure investigation of perceived facilitators and barriers in end-of-life care among Korean nurses. *Japan Journal of Nursing Science*. 2014;11:135–143.

Lee SY, Hung CL, Lee JH, et al. Attaining good end of life care in intensive care units in Taiwan—The dilemma and the strategy. *International Journal of Gerontology*. 2009;3(1):26–30.

Liehr P, Smith MJ. Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *Advances in Nursing Science*. 1999;21(4):81–91.

Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*. 1994;30A(9):1326–1336.

Ruland CM, Bakken S. Representing patient preference-related concepts for inclusion in electronic health records. *Journal of Biomedical Informatics*. 2001;34(6):415–422.

Ruland CM, Kresevic D, Lorensen M. Including patient preferences in nurses' assessment of older patients. *Journal of Clinical Nursing*. 1997;6(6):495–504.

Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*. 1998;46(4):169–175.

Ruland CM, Moore SM. Eliciting exercise preferences in cardiac

rehabilitation: Initial evaluation of a new strategy. *Patient Education and Counseling*. 2001;44(3):283–291.

Sandoe P. Quality of life—Three competing views. *Ethical Theory and Moral Practice*. 1999;2(1):11–23.

United States. *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Bethesda, MD: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office; 1978.

Veillette AM, Fillion L, Wilson DM, Thomas R, Dumont S. La Belle mort en milieu rural: A report of an ethnographic study of the good death for Quebec rural francophones. *Journal of Palliative Care*. 2010;26(3):159–166.

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2011.

Wilkie DJ, Johnson B, Mack AK, Labotka R, Molokie RE. Sickle cell disease: An opportunity for palliative care across the life span. *Nursing Clinics of North America*. 2010;45(3):375–397.

Wright DK, Brajtman S, Cragg B, Macdonald ME. Delirium as letting go: An ethnographic analysis of hospice care and family moral experience. *Palliative Medicine*. 2015;29(10):959–966.

* Autoras anteriores: la autora desea agradecer a la Dra. Patricia Higgins sus importantes aportaciones como anterior coautora de este capítulo.

UNIDAD VI

El futuro de las teorías en enfermería

Introducción
Capítulo 37: Estado del arte y la ciencia de la teoría en enfermería

Introducción

- Los sistemas teóricos de la enfermería orientan y mejoran la comprensión en la práctica, la investigación, la administración y la formación.
- Los trabajos teóricos de una disciplina dan respuesta a preguntas pertinentes, crean un marco para responder a las mismas, y desarrollan y demuestran el conocimiento para la práctica basada en la evidencia.
- Los modelos y teorías de la enfermería muestran la ciencia normal en el seno de las comunidades docentes globales, cuya investigación y práctica aportan logros científicos y práctica de calidad.
- La expansión de la filosofía de la ciencia enfermera, los abordajes cualitativos y los métodos cuantitativos han aumentado mucho el desarrollo y uso de las teorías de nivel medio en la investigación y práctica de la enfermería.
- La globalización de la enfermería y el uso de los trabajos teóricos sobre enfermería por los docentes de todo el mundo están creciendo a un ritmo emocionante.

La filosofía
establece las bases del significado de los fenómenos enfermeros mediante el análisis, el razonamiento y la presentación lógica de conceptos e ideas.
Los modelos conceptuales
son un conjunto de conceptos que tratan de explicar los fenómenos centrales de la enfermería a través de una serie de proposiciones que explican la relación entre ellos.
El concepto de gran teoría
deriva de un modelo conceptual y propone una hipótesis susceptible de análisis que valora la premisa principal del modelo.
La teoría en enfermería
son proposiciones susceptibles de análisis derivadas de las filosofías, los modelos conceptuales, las grandes teorías, las teorías sobre la enfermería abstractas o las teorías de otras disciplinas. Las teorías son menos abstractas que la gran teoría y menos específicas que las teorías de nivel medio.
El concepto de teoría de nivel medio
es más específico para la práctica y propone una serie de aspectos de la práctica de enfermería prácticos y susceptibles de análisis, que incluyen detalles como el grupo de edad del paciente, su situación familiar, su estado de salud, su localización y la acción de la enfermera.
Futuro de la teoría en enfermería
Los sistemas teóricos en enfermería orientan y generan comprensión para la práctica, la investigación, la administración y la formación.
Metaparadigma
Los límites conceptuales de la disciplina enfermera en sentido amplio: seres humanos, entorno, salud y enfermería

37

Estado del arte y la ciencia de la teoría en enfermería

Martha Raile Alligood

«El conocimiento teórico en enfermería ha realizado potentes aportaciones a la formación, la investigación, la administración y la práctica profesional que permiten orientar el pensamiento y la actividad de los profesionales de enfermería. Este conocimiento ha determinado que el foco principal de los profesionales de enfermería se desplace desde las funciones de su actividad hasta la persona. Las perspectivas teóricas de la persona plantean nuevas dudas, generan nuevos abordajes e instrumentos para la investigación en enfermería y amplían la disciplina docente en todo el mundo.»

(Alligood, 2011, pág. 304)

El estudio de obras como esta deja claro que la interpretación y el uso de los trabajos teóricos de enfermería está aumentando de forma global como nunca antes, lo que abre la vía para nuevos conocimientos obtenidos a través de la investigación, la formación, la administración y la práctica. Los revisores de esta octava edición y el documento de revisión publicado demuestran su aportación a

la enfermería profesional. Sus sugerencias han sido consideradas con cuidado en cada nueva edición (Dickson y Wright, 2012; Paley, 2006; Smith, 2012). Smith (2012) destacó que «este texto es importante porque aporta a los alumnos de Enfermería referencias precisas y fiables para identificar las filosofías, los modelos y las teorías importantes y que pueden ser pertinentes para su propia práctica» (pág. 201). De un modo similar, Dickson y Wright (2012) llegaron a la conclusión de que el texto «describe de forma sencilla y elegante la enorme progresión conseguida por la enfermería como disciplina y profesión orientadas por la visión de las principales teóricas de enfermería. La profundidad y el ámbito de esta obra dan respuesta a las preocupaciones y críticas de quienes consideran que la teoría de la enfermería está desfasada o resulta irrelevante para la práctica e investigación actuales» (pág. 204). Los capítulos de esta novena edición se han actualizado, manteniendo la claridad e integridad de cada trabajo, al tiempo que conserva un texto de tamaño manejable. Basándose en los comentarios de los revisores, se reorganizó el contenido de la unidad I para reflejar mejor el orden cronológico histórico, y el capítulo 5 presenta ahora al lector la estructura del reconocimiento, el índice de contenidos y los criterios de análisis empleados en los capítulos 6 a 36 de las unidades II a V.

La bibliografía de enfermería sobre filosofías, modelos, grandes teorías, teorías y teorías de nivel medio sigue reflejando la filosofía de una ciencia que aborda las preocupaciones de los profesionales de enfermería. La bibliografía sobre el uso de las teorías confirma que estas se emplean para orientar la práctica y da valor a la predicción realizada por Im y Chang (2012) de que «las [teorías] de nivel medio juegan un papel esencial en la investigación en enfermería» (pág. 162). Ese hecho global augura un futuro muy brillante a las teorías de enfermería.

Al igual que en ediciones previas, los capítulos de esta novena edición están escritos por profesionales que utilizan los trabajos teóricos en su práctica profesional y para la investigación. Los profesionales de enfermería de todo el mundo están reconociendo el carácter vital de los trabajos teóricos y aplicándolos en la práctica, investigación, formación y administración (Alligood, 2014b; Butts y Rich, 2015; Fitzpatrick y Whall, 2016). Esta novena edición sigue

aclarando la importancia de los trabajos teóricos en enfermería; facilita su reconocimiento como demostraciones sistemáticas de la sustancia de la enfermería, e inspira su uso como marcos para la doctrina de la enfermería en la práctica, la investigación, la formación y la administración. Dicho en términos sencillos, la elaboración de un marco teórico para la asistencia de los pacientes orienta el pensamiento y la actividad para una práctica de calidad.

En este capítulo final de la obra se analiza el futuro de las teorías de enfermería desde tres perspectivas relacionadas: la filosofía de la ciencia en evolución, el desarrollo de teorías y el uso en la práctica de las teorías de nivel medio, y el reconocimiento y la aplicación globales y explosivos de las teorías de enfermería. En primer lugar, la filosofía de la ciencia sigue abriendo nuevas vías para desarrollar y aplicar los trabajos teóricos en enfermería (Butts y Rich, 2015; Carper, 1978; Chinn y Kramer, 2015; Fawcett y Garity, 2009; Fitzpatrick y Whall, 2016; Wood, 2014) a la ciencia normal de la materia (Kuhn, 1962, 1970). En segundo lugar, la teoría de nivel medio de orientación práctica refleja la percepción actual con un uso y expansión global en todas las áreas de la enfermería (Butts y Rich, 2015; Fitzpatrick y Whall, 2016; Roy, 2014). En tercer y último lugar, la increíble expansión del uso de los trabajos teóricos por las expertas enfermeras de forma global pone de relieve la creciente conciencia sobre la naturaleza vital de la teoría para la profesión, la disciplina y la ciencia (Breakey, Corless y Meedzan, 2015; Fitzpatrick y Whall, 2016; Johnson y Webber, 2015).

Filosofía de la ciencia normal

Muchos modelos y teorías de la enfermería que se recogen en esta obra muestran las características de los criterios de la ciencia normal de Kuhn (1970) (Wood, 2014). Entre las características de los paradigmas que evidencian su naturaleza y conducen a la ciencia normal están las siguientes:

- Una comunidad de expertos que basan su investigación y practican sobre el paradigma.
- Formación de revistas especializadas.
- Fundación de sociedades de especialistas.

- Demanda de un lugar especial dentro del currículo (Kuhn, 1970).

Kuhn (1970) afirmó que «los paradigmas ganan su estatus porque tienen más éxito que sus competidores en la resolución de unos pocos problemas que un grupo de practicantes han reconocido como agudos» (pág. 23). Kuhn (1970) define la ciencia normal como «la investigación basada firmemente en uno o más logros científicos previos, logros que algunas comunidades científicas determinadas reconocen durante un tiempo como base de la práctica posterior» (pág. 10).

Rodgers (2005) describe la ciencia normal como «el proceso muy acumulativo de resolución de puzles en el que el paradigma orienta la actividad científica, y, a su vez, se articula y expande» (pág. 100). Rodgers (2005) cita la premisa de Kuhn de que la investigación en ciencia normal «se dirige a la articulación de los fenómenos y teorías que el paradigma aporta» (pág. 100).

Los modelos conceptuales y las grandes teorías de la enfermería que se recogen en esta obra muestran estas características. Cada una de ellas es única con diversos grados de desarrollo de estas características. La ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers (v. capítula 13) es un ejemplo excelente, que ha generado cientos de estudios de investigación, 13 instrumentos de investigación y 12 herramientas clínicas para procesos de enfermería en la práctica (Fawcett, 2005; Fawcett y Alligood, 2001). La Society of Rogerian Scholars, fundada en 1988, publica una revista indizada, *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science,* cuyos números están disponibles en la página web de la sociedad y que trata de fomentar el desarrollo de esta ciencia y su puesta en común entre la comunidad de expertos. La ciencia de Rogers es la base de textos que han ganado premios y también es importante para el currículo de los programas de Enfermería tanto de pregrado como de grado (Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). En 2016, la Society of Rogerian Scholars celebró 35 años de conferencias sobre el tema, el trigésimo aniversario de la sociedad y los 25 años de *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science.* De modo parecido, la International Orem Society para la teoría del déficit de autocuidado de Orem (v. capítulo 14), el King International Nursing Group para el sistema

conceptual de King (v. capítulo 15), el Neuman Trustee Group y el simposio bienal sobre el modelo de sistemas de Neuman (v. capítulo 16) y la Boston-Based Adaptation Research in Nursing Society para el modelo de adaptación de Roy (v. capítulo 17) son comunidades de expertos muy productivas.

Entre las teorías en enfermería y las grandes teorías que se han convertido en una ciencia normal están la teoría de Boykin y Schoenhofer de la enfermería como cuidado (v. capítulo 19); la teoría de las transiciones de Meleis (v. capítulo 20); el modelo de promoción de la salud de Pender (v. capítulo 21); la teoría del cuidado cultural de Leininger (v. capítulo 22); la teoría de la salud como expansión de la conciencia de Newman (v. capítulo 23); la teoría del desarrollo humano de Parse (v. capítulo 24), y la teoría de Erickson, Tomlin y Swain sobre modelos y modelado de roles (v. capítulo 25). Muchos de ellos han fundado consorcios o sociedades para desarrollar estudios de investigación, presentaciones, publicaciones y aplicaciones prácticas.

De forma creciente durante los últimos 40 años, los libros de texto sobre modelos conceptuales de enfermería y teoría de la enfermería han propuesto formación, administración, investigación y práctica basada en la teoría. Las comunidades de expertos asociadas a un modelo o teoría han crecido de forma global como organizaciones formalizadas, que comparten conocimientos y dan respuesta a las preguntas generadas por la investigación y la práctica a través de conferencias, en páginas web, en boletines de noticias o en revistas. Los conceptos centrales: persona, ambiente, salud y enfermería han sido aceptados como tales por la disciplina enfermera (Fawcett, 1984). Los profesionales de enfermería generan una doctrina basada en las teorías para la investigación y la práctica. El trabajo realizado por las comunidades doctrinales sobre los modelos y teorías de la enfermería permitió desarrollar instrumentos de investigación o herramientas de medida clínica propias de cada paradigma (Fawcett y Alligood, 2001; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013).

Expansión del desarrollo de teorías de nivel medio

Los trabajos teóricos aportan vías para pensar sobre el cuidado de enfermería de los pacientes. Johnson y Weber (2015) analizaron tres áreas significativas afectadas por los conocimientos de enfermería y dependientes de su desarrollo continuado. Propusieron que la teoría afecta al reconocimiento de la enfermería como: 1) profesión; 2) disciplina, y 3) ciencia. El conocimiento sustantivo es el núcleo del reconocimiento de la enfermería y la calidad de cuidado de los pacientes. Conseguir que el profesional de enfermería pase de la práctica funcional a un estilo de práctica profesional obliga a cambiar el énfasis de *lo que los profesionales de enfermería hacen* a la perspectiva del *paciente.* Para ello es preciso que la práctica sea sistemática y se centre en las personas. Conforme los profesionales cambian hacia un estilo profesional la práctica de la enfermería, la mayor parte de los mismos comparten que «el conocimiento de enfermería surge de la investigación y orienta la práctica» (Parse, 2008, pág. 101).

El uso creciente de la teoría de nivel medio o específica para la situación (Alligood, 2010; Meleis, 2012) acentúa la conexión entre teoría y práctica, abriendo nuevas perspectivas y escenarios para el desarrollo de teorías. Las clasificaciones son subjetivas y varían en función de la perspectiva o marco empleado para la misma. Más importante que la clasificación de una teoría es que los profesionales de enfermería conozcan los trabajos teóricos de su disciplina, los reconozcan como evidencia sobre la que basar la práctica, los enseñen a sus alumnos y elijan uno para desarrollar un estilo profesional de práctica y mejora del cuidado.

Los profesionales de enfermería han adoptado con gran interés los abordajes de investigación cualitativa para analizar las dudas que los métodos de investigación cuantitativos no pueden responder, y este desarrollo teórico avanzado ha permitido que se redacten libros de texto dedicados al abordaje cualitativo de las teorías de nivel medio o específicas de situación (Meleis, 2012; Peterson y Bredow, 2017; Smith y Liehr, 2014) y textos sobre las teorías de nivel medio que ilustran los métodos cuantitativos y cualitativos (Alligood, 2014a; Roy, 2014; Sieloff y Frey, 2007). Estas nuevas teorías expanden el volumen de aplicaciones prácticas de las teorías. Este excitante desarrollo sigue tratando de reducir la distancia entre la investigación y la práctica generada por los

métodos cuantitativos y cualitativos. Si se considera el conocimiento de enfermería como una estructura genética similar a la presentada en la figura 37.1, se podrá visualizar el conocimiento basándose en la naturaleza del contenido en el seno de la ciencia enfermera en lugar de hacerlo en función de la metodología de estudio. Las teorías de nivel medio tienen diferencias en el nivel de abstracción, como su propio nombre (nivel medio) indica. En realidad, esto es verdad para los trabajos teóricos de otras clasificaciones (filosofías, modelos y teorías), porque también tienen parecidos y diferencias en los niveles de abstracción (Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Las teorías de nivel medio son reconocibles porque recogen detalles específicos para la práctica, como:

- Situación o cuadro implicado.
- Población de clientes.
- Grupo de edad.
- Localización o área en que se practica la enfermería.
- Acción de los profesionales de enfermería.
- Intervención de enfermería (Alligood, 2014c, pág. 44).

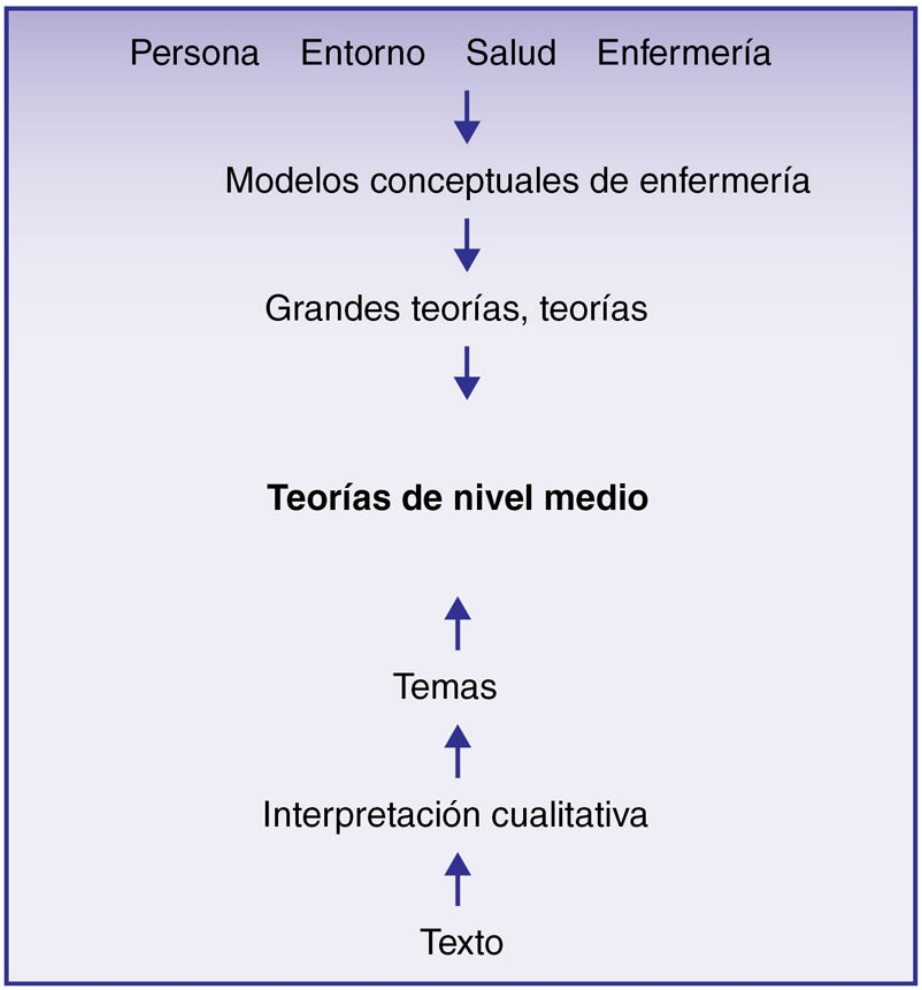


FIGURA 37.1 Teoría de nivel medio en una estructura genérica del conocimiento de enfermería a partir de los métodos de investigación cuantitativa y los abordajes de investigación cualitativa. (Incluye datos tomados de Fawcett, J. [2005]. *Contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories.* Philadelphia: F. A. Davis.)

La aplicación de las teorías de nivel medio en la práctica mejora la calidad de la práctica de la enfermería, independientemente de que se hayan desarrollado por métodos cuantitativos o cualitativos. Ambos abordajes se sitúan a nivel práctico y generan conocimientos útiles para los profesionales. La consideración de la teoría de nivel medio en una estructura genética de conocimiento ilustra cómo las teorías derivadas de métodos hipotético-deductivos cuantitativos o de abordajes cualitativos consiguen un conocimiento con un nivel de abstracción parecido. A pesar de la distinta base filosófica, métodos y abordajes, el nivel de abstracción del conocimiento será parecido (v. fig. 37.1).

Formación global en Enfermería

Además del crecimiento estimulado por la expansión de la filosofía de la ciencia enfermera y el destacado aumento del desarrollo y uso de las teorías de nivel medio, la principal contribución excitante y reciente al estado del arte y la ciencia de la teoría de la enfermería es la globalización y comunicación de conocimiento por los expertos a través de Internet. Aunque la mayor parte de las sociedades y consorcios sobre modelos conceptuales y teorías de enfermería tienen miembros internacionales desde hace muchos años, la reciente expansión mundial de la investigación y práctica orientada por las teorías y que se refleja en la bibliografía de enfermería resulta sorprendente (Fitzpatrick y Whall, 2016).

Las sociedades sobre teorías de la enfermería, como la International Orem Society, alternan sus conferencias bienales entre EE. UU. y otros países. En 2016 la International Human Caring Conference y la Society of Rogerian Scholars celebraron una conferencia conjunta en Boston. El Institute of Humanbecoming de Parse y el Consortium on Caring Science de Watson eligen miembros internacionales cada año. El International Biennial Neuman Systems Model Symposium se suele realizar en otros países, con temas globales, como fue el caso de *Enhancing Global Health with Nursing Theories—NSM* y, en 2015, *Prevention: A Global Perspective.*

Estas evidencias tan emocionantes pueden atribuirse a las publicaciones y la comunicación global, el aumento de los viajes por el planeta y la traducción de los libros sobre teorías en enfermería a otros idiomas. Los profesionales de enfermería de todo el mundo están empezando a usar estas teorías al experimentar su utilidad en la investigación y la práctica (Bigbee e Illel, 2010). Numerosas revistas de enfermería publican artículos redactados por expertos internacionales, como *Journal of Nursing Scholarship, Nursing Science Quarterly, Journal of Advanced Nursing, Advances in Nursing Science, Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science* e *International Journal for Human Caring,* entre otras muchas.

Se han publicado varias ediciones de *Nursing Theorists and Their Work* y de su obra acompañante, *Nursing Theory: Utilization and Application,* en chino clásico, taiwanés, finés, alemán, indonesio,

italiano, japonés, coreano, español, sueco y portugués, y tienen circulación internacional en los países de habla inglesa. La bibliografía sobre enfermería a la que se hace referencia en los capítulos actualizados de este texto demuestra el creciente uso global de los modelos conceptuales y teorías de la enfermería. Además, esta obra ha incluido durante muchas ediciones trabajos de teóricos internacionales: Evelyn Adam, Canadá (v. capítulo 2); Roper, Logan y Tierney, Escocia (v. capítulo 2); Katie Eriksson, Finlandia (v. capítulo 11); Phil Barker, Irlanda (v. capítulo 32); Kari Martinsen, Noruega (v. capítulo 10), y Nightingale, Inglaterra (v. capítulo 6). La búsqueda sobre publicaciones de teoría en enfermería en los distintos países e idiomas que fue realizada por primera vez el 23 de octubre de 2008 en PubMed fue actualizada el 24 de agosto de 2012 y de nuevo se actualizó para la novena edición de esta obra el 16 de mayo de 2016, y sus resultados siguen confirmando el crecimiento persistente de la teoría en enfermería a escala global. Estas muchas referencias evidencian la llegada de una conciencia global sobre la teoría de la enfermería (tabla 37.1).

Tabla 37.1

Publicaciones sobre teoría de la enfermería a nivel global*

Idioma o país de las publicaciones sobre teoría en enfermería	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 23 de octubre de 2008	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 24 de agosto de 2012	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 16 de mayo de 2016
Inglés	10.144	12.629	17.932
Japonés	409	413	559
Portugués	298	376	492
Alemán	295	340	417
Francés	214	248	338
Coreano	79	102	293
Chino	59	91	320
Holandés	56	56	92
Danés	54	55	85
Español	41	59	245
Noruego	41	41	75
Italiano	33	37	60
Suecia	28	28	121
Finés	24	24	59
Polaco	13	14	21
Afrikáans	7	7	15
Ruso	3	3	9
Griego	2	2	28
Tailandés	1	1	142
Turco	1	1	17
Hebreo	1	1	16
Húngaro	1	2	5
Checo	1	2	12
Otros países incluidos en esta novena edición:			
Irán			155
Iraq			13
Jordania			45
Arabia Saudí			10
Pakistán			10
Australia			930
Canadá			445
Nueva Zelanda			145
Zimbabue			2
Nigeria			9
Kenia			7
Namibia			2

Brasil			233
México			70
Colombia			371
Sudáfrica			88
Israel			84
Irlanda			263
Gran Bretaña			898
Gales			241
Escocia			145

* Número de publicaciones sobre teoría en enfermería identificadas por idioma/país en una búsqueda de PubMed (actualizado el 16 de mayo de 2016).

Sigma Theta Tau International, que cuenta con miembros y realiza conferencias internacionales en todo el mundo, ha contribuido a este crecimiento, igual que lo ha hecho la disponibilidad de bibliografía digitalizada sobre este tema en Internet. Una revisión de la mayor parte de las revistas de enfermería revela que la norma es que haya autores, localizaciones y sujetos de investigación de diversos países mundiales. Varias páginas web sobre teoría en enfermería aportan información, como la Nursing Theory Link Page, mantenida por el Clayton College, y la State University Department of Nursing and the Nursing Theory Page, mantenida por la Facultad de Enfermería de la University of San Diego. En estas páginas web se pueden encontrar enlaces con las páginas web de muchos teóricos y sus obras.

En conclusión, el estado del arte y la ciencia de la teoría de la enfermería es excitante cuando nos damos cuenta de este fenomenal crecimiento. En primer lugar, los trabajos teóricos sobre enfermería están siendo empleados a nivel global por expertos que colaboran en el desarrollo de la ciencia de la enfermería (Kuhn, 1970). En segundo lugar, el desarrollo de teorías mediante la investigación cualitativa da respuesta a muchas dudas que no la tenían. Los nuevos conocimientos generados a partir de las teorías de nivel medio mejoran la práctica enfermera. En tercer y último lugar, las enfermeras expertas están aplicando los trabajos teóricos y contribuyendo al conocimiento de forma global. Los profesionales de enfermería de todo el mundo comparten ideas y conocimientos a través de Internet (v. fig. 37.1).

Estamos ante un momento crucial en la historia de la enfermería. Conforme más profesionales alcanzan grados de formación más

avanzados que nunca y muchos alcanzan el grado de doctor (DNP, *nursing practice doctorate*), la complejidad de los pacientes hospitalarios y la reducción de los días de estancia comprometen a estos profesionales a realizar una asistencia segura y de calidad. Además, la transformación de la formación en enfermería sigue dando respuesta a *Educating Nurses* (Benner et al., 2010) y al informe del Institute of Medicine (IOM) *The Future of Nursing: Leading Change* (Ellerbe y Regen, 2012).

Es fundamental mantener los valores de la enfermería y enseñar, aprender y seguir usando los marcos teóricos de esta especialidad mientras los conocimientos y la disciplina crecen (Bigbee e Issel, 2012; McCrae, 2012). Conforme se desarrollan conocimientos nuevos y se confirman mediante estudios de investigación para aplicarlos en la práctica para una asistencia de calidad de los pacientes, sigue el crecimiento de la disciplina (Im y Rendell, 2015). Un aspecto sigue siendo cierto en la profesión de enfermería: «La teoría sin práctica está vacía, y la práctica sin teoría, ciega» (Cross, 1981, pág. 110).

Bibliografía

Alligood MR. Family healthcare with King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*. 2010;23(2):99–104.

Alligood MR. The power of theoretical knowledge. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):304–305.

Alligood MR. Areas for further development of theory-based nursing practice. In: Alligood M, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier; 2014:414–424.

Alligood MR. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2014.

Alligood MR. Philosophies, models, and theories: Critical thinking structures. In: Alligood M, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2014:40–62.

Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating nurses*. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.

Bigbee JL, Issel LM. Conceptual models for population-focused public health nursing interventions and outcomes: The state of the art. *Public Health Nursing*. 2012;29(4):370–379.

Breakey S, Corless I, Meedzan N, Nicholas P. *Global health nursing in the*

21st century. New York: Springer; 2015.

Butts JB, Rich KL. *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2015.

Carper B. Fundamental patterns of knowing. *Advances in Nursing Science*. 1978;1(1):13–23.

Chinn P, Kramer M. *Integrated knowledge development in nursing*. 9th ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2015.

Cross P. *Adults as learners*. Washington, DC: Jossey-Bass; 1981.

Dickson V, Wright F, Review of Nursing theorists and their work. Alligood MR, Tomey AM, eds. *Nursing Science Quarterly*, *25*(2). 203–204.

Ellerbe S, Regen D. Responding to health care reform by addressing the institute of medicine report on the future of nursing. *Nursing Administration Quarterly*. 2012;36(3):210–216.

Fawcett J. The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1984;16(3):84–89.

Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2005.

Fawcett J, Alligood M. SUHB Instruments: An overview of research instruments and clinical tools derived from the science of unitary human beings. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2001;10(2):5–12.

Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2013.

Fawcett J, Garity J. *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis; 2009.

Fitzpatrick JJ, Whall AL. *Conceptual models of nursing: Global perspectives*. 5th ed. New York: NY, Pearson; 2016.

Im E, Chang S. Current trends in nursing theories. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(2):156–164.

Im E, Rendell MO. The current status of theory evaluation in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(10):2268–2278.

Johnson B, Webber P. *An introduction to theory and reasoning in nursing*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2015.

Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press; 1962.

Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1970.

McCrae N. Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidenced-based practice and multidisciplinary healthcare. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;40:346–354.

Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.

Paley J. Book review of Nursing theorists and their work. *Nursing Philosophy*. 2006;7(4):275–280.

Parse RR. Nursing knowledge development: Who's to say how? *Nursing Science Quarterly*. 2008;21(2):101.

Peterson S, Bredow T. *Middle range theories*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2017.

Rodgers BL. *Developing nursing knowledge*. Philadelphia: Lippincott; 2005.

Roy C. *Generating middle range theory*. New York: Springer; 2014.

Sieloff CL, Frey MA, eds. *Middle range theory development using King's conceptual system*. New York: Springer; 2007.

Smith, J.M. (2012). Book review of Nursing theorists and their work (7th ed.). In M.R., Alligood, A.M., Tomey, (Eds.), Nursing Science Quarterly, 25(2), 201-202.

Smith MJ, Liehr P. *Middle range theory for nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 2014.

Wood A. Nursing models: Normal science for nursing practice. In: Alligood MR, ed. *Nursing theory: Utilization & application*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2014:13–39.

Índice alfabético

A

Abdellah, Faye Glenn, 15-16
  asociaciones profesionales de enfermería, 15
  logros, 15
  veintiún problemas de enfermería, 15-16, 16c
Abducción, 148
Abordaje
  mediante un conjunto de normas, 39
  de la demanda del cuidado, 89-90
  integral, 232-234c
Accesibilidad
  en el cuidado
    sabiduría clínica y ética en la práctica enfermera, 111
    teoría, 560
  en la enfermería como teoría de cuidado, 303
  en la filosofía de la asistencia, 131
  en el modelo
    de adaptación, 263
    de conservación, 173

de la marea en la recuperación de la salud mental, 520
de promoción de la salud, 330-331
sistema(s), 240
conductual, 285
en la salud como expansión de la conciencia, 369
en la teoría
de adopción del rol materno, 443
bioética sinfonológica, 426-427
del confort, 535
del cuidado
burocrático, 92
caritativo, 150
del déficit de autocuidado en enfermería, 207-208
de la depresión posparto, 548
del desarrollo humano, 387
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 353-354
de enfermería, análisis, 46
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 454
de logro de objetivos, 222
de modelos y modelado de roles, 408
de la paz al final de la vida, 568
de los seres humanos unitarios, 190
de la transcendencia del yo, 471
de las transiciones, 317
de la trayectoria de la enfermedad, 484
Acciones, 286-287c

autocuidado, 401-403c
barreras percibidas, 326-327c
beneficios percibidos, 326-327c
deliberadas, 200
de enfermería, 286-287c
intencionadas, 200
Aceptación
por la comunidad de enfermería
del cuidado, la sabiduría clínica y la ética en la práctica de la enfermería, 107-109
de la enfermería
moderna, 56-58
como teoría de los cuidados, 299-302
de la filosofía de la asistencia, 129-130
del modelo
de adaptación, 256-262
de conservación, 172-173
de la marea en la recuperación de la salud mental, 514-517
de promoción de la salud, 329-330
de sistema(s), 236-239
conductual, 280-283
de la salud como expansión de la conciencia, 366-368
de la teoría
de adopción del rol materno, 441
bioética sinfonológica, 424-425
del cuidado
burocrático, 87-90

caritativo, 148-150
transpersonal, 72-74
del déficit de autocuidado en enfermería, 206-207
del desarrollo humano, 385-387
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 350-352
del duelo disfuncional, 495-497
del final tranquilo de la vida, 567
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 452-453
de logro de objetivos, 219-221
de modelos y modelado de roles, 406-408
de los seres humanos unitarios, 185-189
de la transcendencia del yo, 467-470
de las transiciones, 315-316
de la trayectoria de la enfermedad, 483
incondicional, 401-403c
Acompañar, en la teoría de los cuidados, 554-555c, 559
Acontecimientos
congruencia, 448-449c
críticos, 312-314c
desencadenantes, 493c
familiaridad, 448-449c
Actitud(es)
en la crianza infantil, 434-435c
natural, fenomenología, 123-124
Actividad(es)
de autocuidado, 201-203c, 207

científica, 32
de cuidado dependiente, 201-203c, 207
de enfermería, 201-203c, 207
práctica, 100
de la vida, 21
Acuerdo, en la teoría bioética sinfonológica, 419c, 421
Adam, Evelyn, 21
modelo conceptual de la enfermería, 21
Adaptación
en la enfermería de conservación, 166-170c
equilibrio, 285
instrumentos de investigación, 261
en el modelo de adaptación, 254
niveles, 250, 251c
problemas, 251c
teoría
de adopción del rol materno, 442
de la incertidumbre en la enfermedad, 448-449c, 450
de modelos y modelado de roles, 401-403c
de nivel medio, 261-262
de los seres humanos unitarios, 182
Adaptation to Spinal Cord Injury Interview Schedule (ASCIIS), 260-261
Administración
de los servicios enfermeros, 299-300
en la teoría
bioética sinfonológica, 425

del cuidado
burocrático, 88
transpersonal, 73
Afecto
en el modelo de promoción de la salud, 326-327c
relacionado con la actividad, 326-327c
Afirmar, 378-380c
Afirmar-no afirmar, 378-380c
Afrontamiento, 100-101, 454
estrategias emocionales, 494
interno, 494
mecanismo(s)
acción, 494
adquiridos, 251
innatos, 251
procesos, 251
«Afrontar la ética», 143-144c
Agency for Healthcare Research and Quality, 331-332c
Agente, 200
Agua
como metáfora, 509-511c
pura, 53-54c
AHNCC, *Véase* American Holistic Nurses' Certification Corporation (AHNCC)
Aire puro, 53-54c
Ajuste, en la teoría de logro de objetivos, 219
Akayama, Tsuyoshi, 515

Alivio, 528

Allegiance Health, Míchigan, 237

Alrededores, 53-54c

Altschul, Annie, 506

American Academy of Nursing, 99

American Holistic Nurses' Certification Corporation (AHNCC), 399

American Journal of Critical Care, 108, 567

American Journal of Health Promotion, 324-325

American Journal of Nursing, 7-8, 108

American Nurses Association (ANA), 12-13, 527

AMICAE, *Véase* Métodos intraprofesionales para el consenso, la valoración y la evaluación intraprofesional, consecución (AMICAE, *Achieving Methods of Intraprofessional Consensus, Assessment and Evaluation*)

Amor, 145

ANA, *Véase* American Nurses Association (ANA)

Análisis de concepto, 37, 37t

ANCM, *Véase* Attending Nursing Caring Model (ANCM)

Ansiedad

- e inseguridad, 541-544c
- prenatal, 541-544c
- en la teoría de adopción del rol materno, 434-435c

Antecedentes de depresión, 541-544c

Antropología, 342, 348

Apariciones metafóricas, 386-387

Apoyo

- emocional, 434-435c
- de la evaluación, 434-435c

informativo, 434-435c
social, 448-449c, 541-544c
en la teoría de adopción del rol materno, 434-435c
Aristóteles, 28, 142, 147, 149, 418
Arte de lenguaje, 386
Arte/técnica
como elemento de la enfermería clínica, 16
expansión del desarrollo de teorías de nivel medio, 574-575
formación global en enfermería, 575-577
de las teorías de enfermería, 572-578
ASCIIS, *Véase* Adaptation to Spinal Cord Injury Interview Schedule (ASCIIS)
Asistencia-distanciamiento, 378-380c
Asociación de Enfermería Noruega, 121
Aspectos
relacionados con el final de la vida, 466
de la situación, 101-103c
Atención, 401-403c
Atributos de situación, 101-103c
Attending Nursing Caring Model (ANCM), 72-73
Autocuidado, 200, 201-203c, 207
acción, 401-403c
déficit, 201-203c, 205, 207
recursos, 401-403c
requisitos, 201-203c
en la teoría de modelos y modelado de roles, 401-403c
Autoeficacia percibida, 326-327c

Autoestima, 260, 434-435c, 541-544c

Autonomía, 404, 422c

Autoprotección, 434-435c

Autoridad creíble, 448-449c

Aviso a la enfermería, 361-362

Axiomas, 39

en la teoría del cuidado caritativo, 145

B

Bacon, Francis, 29

Bandura, Albert, 325-326

Barker, Phil, 504, *Véanse también* Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental

acreditaciones, 504-505

antecedentes, 504-505

Barnard Center on Infant Mental Health and Development, 19-20

Barnard, Kathryn E, 19-20, 553-554

evaluación de la salud infantil, 19-20

Barreras posibles, 331-332c

Bases teóricas del modelo de la marea, 509-511c

Basic Needs Satisfaction Inventory, 405

Basic Principles of Nursing Care, 14

Beck, Cheryl Tatano, 540, *Véanse también* Teoría de la depresión posparto

acreditaciones, 540-541

antecedentes, 540-541

Benner, Patricia, 98-119, 98f

acreditaciones, 98-99

antecedentes, 98-99
Berdâev, Nikolaj, 142-144
Bienestar, 106, 232-234c, 464-465c, 466, 467f, 557
Biennial Neuman Systems Model Symposium, 236-237, 239
Bioética, 418
Boca Raton Community Hospital, 301
Bondad, concepto, 37
Bourdieu, Pierre, 123
Boykin, Anne, 293, *Véanse también* Enfermería, teoría de cuidados
acreditaciones, 293
antecedentes, 293
Brigham and Women's Hospital, 407
British Royal Sanitary Commission, 54
Budismo zen, 506
«Buena muerte», análisis, 567
Burke, Mary Lermann, 490, *Véanse también* Teoría del duelo disfuncional
acreditaciones, 491-492
antecedentes, 491-492
Burocracia, 83
Búsqueda
cooperativa, 366
en PubMed, de la teoría de la enfermería, 576

C

Calidad de vida, 38t, 565
Calidez, 53-54c
Cambio(s), 312-314c

de paradigma, 31
de patrón, cuidado cultural, 343-345c
sociales, reconocimiento por Nightingale, 52
Campo de energía, 181-182c
Cáncer, 482
Capacidades cognitivas, 448-449c
Carga bioquímica, 541
Caridad, 68-69, 145, 146
procesos, 68t, 69-70c
en la teoría del cuidado caritativo, 143-144c
Case Western Reserve University (CWRU), 527
Caso paradigma, 101-103c
Cassandra, 57
Center for Epidemiologic Studies Scale-Depression (CES-D), 465
Center for Human Caring, 66
Cercanía, 565-566c
Certeza, en la teoría bioética sinfonológica, 422
Certeza-incertidumbre, 378-380c
Children's Hospital de la University of Wisconsin, 407
Ciencia(s)
del autocuidado, 207
avances, límites teóricos y niveles, 41
conductuales, 32
cualitativa, 28-29
cuantitativa, 28-29
del cuidado, 148
deductiva, 28-29

empírica, 28-29
enfermería, 2-3, 201c
avances, 31-32
avanzada, 41
conductual, 32
cualitativa, 28-29
cuantitativa, 28-29
deductiva, 28-29
empírica, 28-29
historia, 28-34
holística, 28-29
inductiva, 28-29
interpretativa, 28-29
mecanicista, 28-29
como negocio social, 33
perspectivas históricas sobre la naturaleza, 28-29
social, 32
filosofía, 4, 574
holística, 28-29
humana, 388
inductiva, 28-29
interpretativa, 28-29
logros, 4-5
mecanicista, 28-29
normal, 4, 574
de los paradigmas, 4
práctica, 200, 204

de Rogers, 574
de los seres humanos unitarios, 181, 186f, 187-189t
social, 32
teoría
de enfermería, 572-578
visiones
de finales del siglo xx, 30-31
de principios del siglo xx, 29-30
Científicos, 29-30
Claridad
en el cuidado
sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 110
transpersonal, 74
en la enfermería como teoría de cuidados, 303
en la filosofía de la asistencia, 131
en la incertidumbre en la teoría de las enfermedades, 453-454
en el modelo
de adaptación, 262-263
de conservación, 173
de la marea en la recuperación de la salud mental, 517-518, 518f, 519f
de promoción de la salud, 330
de sistemas, 239
conductuales, 284-285
en la salud como expansión de la conciencia, 368
en la(s) teoría(s)
de adopción del rol materno, 442

bioética sinfonológica, 426
del confort, 535
del cuidado, 559-560
burocrático, 91-92
caritativo, 150
del déficit de autocuidado en enfermería, 207
de la depresión posparto, 547
del desarrollo humano, 387
del duelo disfuncional, 497
de enfermería, análisis, 46
del final tranquilo de la vida, 568
de logro de objetivos, 221
de modelos y modelado de roles, 408
de los seres humanos unitarios, 189
de la transcendencia del yo, 471
de las transiciones, 316-317
de la trayectoria de la enfermedad, 484
de los trabajos de Nightingale, 58
Clayton College, 576-577
Clinical Nursing: A Helping Art, 16
CNS, *Véase* Enfermeras clínicas especialistas (CNS, *clinical nurse specialists*)
Coconstitución, 377
Cognitive Adaptation Processing Scale, 259-260
Colectivista, 131
Comfort Daisies, 534
Compañero, 434-435c

Compasión, 294
Competencia, 101-103c, 108, 294
«tecnológica como cuidados en enfermería de cuidados intensivos», 302
Complejidad, 83
relacional (de cuidado), 92-93
Componentes estructurales, 286-287c
Comportamiento(s), 294
ético, 101-103c, 421
previos relacionados, 326-327c
de promoción de la salud, 326-327c
Comprensión primordial, 105
Compromiso, 294, 312-314c, 506
Comunión de cuidados, 143-144c, 147
Concepción ontológica, 147
Concepto(s), 35-37, 36t
abstractos, 35, 36t
análisis, 37
de bioética, 421-422
clasificación, 35
concretos, 35, 36t
continuos, 37, 37f
definidos, 36-37
desarrollo, 37
discretos, 36-37
invariables, 36-37
de ojo del corazón, 127

del yo, 434-435c
Conciencia, 294, 312-314c, 360-361c, 364-365, 365f
contexto, 419c
de percepción, 166-170c
reflejo, 364
Condición(es), 37-38
necesaria, 37-38
personales, 312-314c
sociales, 312-314c
suficiente, 37-38
Conducta(s)
de búsqueda de la salud, 528-529c
en el modelo de sistemas conductuales, 274-276c
previa relacionada, 326-327c
de promoción de la salud, 326-327c
Conexión-separación, 378-380c, 386
Confianza, 294
Conflicto rol-tensión del rol, 434-435c
Conformarse-no conformarse, 378-380c
Confort
holístico, 533
intervenciones, 528-529c
mental, 528
en la teoría
del confort, 528-529c
del final tranquilo de la vida, 565-566c
Confusión mental, 541-544c

Congresos mundiales de la International Orem Society, 206
Conjunto, 286-287c
de enunciados de existencia, 39
preparatorio, 278
Conociéndote, conociéndome, 517
Conocimiento
autocuidado, 401-403c
clínico, 111
contexto, 419c
desarrollo, 2
disciplinario, 381
especializado, estructura y análisis, 44-48
estructura, 44-45, 45t
médico, 2-3
objetivo, 6
patrones, 298
que poseemos, 100
práctico, 100, 381
ramas filosóficas, 28-29
tácito, 419
técnico, 381
en la teoría del cuidado, 554-555c, 559
tipos, 44, 45c
Conover, Martin, 199
Consecuencias derivadas, 59, 75, 498
Consejero, como misión de la enfermería, 12-13
Consenso, 32

científico, 32
Conservación, en el modelo de conservación, 166-170c
Consortium on Caring Science, 576
Construcción de puentes, definición, 506
Constructor de puentes, 126
Contacto terapéutico, 537t
Contenido descriptivo, de las teorías de enfermería, 47c
Contexto
ambiental, 343-345c, 528
físico, 528
psicoespiritual, 528
sociocultural, 528
en la teoría bioética sinfonológica, 419c
Control
de los detalles más pequeños, 53-54c
en el modelo de sistemas conductuales, 274-276c
pérdida, 541-544c
Convertirse en madre, 438-440, 439f, 440f
Cónyuges cuidadores, 494
Cotranscendencia con lo posible, en la teoría del desarrollo humano, 378-380c
originada, 378-380c
potenciación, 378-380c
transformación, 378-380c
Couples Miscarriage Healing Project, 556-557
CPDM, *Véase* Modelos de desarrollo de la práctica clínica (CPDM, *clinical practice development models*)
Creencia

definición, en la teoría del cuidado, 554-555c
en la vida tras la muerte, 361-362
del yo, 325-326
Crítica, de la teoría de las transiciones, 316-317
Cuerpo
como actitud natural, 124
incierto, 480t
en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 479-480c
Cuidado(s), 72, 343c-345c *Véanse también* Cuidados, teoría;, *Véanse también* Enfermería como teoría de los cuidados, Teoría de la atención burocrática, Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, Teoría del cuidado transpersonal
acto, 143-144c, 146
burocráticos, 86
colaborativo, 341-342
comparativo, inclusión, 351-352
continuidad, 509-511c
cultural, 343-345c
acomodación, 343-345c
conservación, 343-345c
diversidad, 344
establecimiento de nuevos patrones, 343-345c
mantenimiento, 343-345c
negociación, 345
reestructuración, 343-345c
universalidad, 343-345c
culturalmente congruentes, 343-345c, 349f

definición, 83-84c
dependiente, 200, 210f
actividad, 201-203c, 207
déficit, 201-203c, 207
demanda, 201-203c, 207
diferencial, 84
dinámico complejo, 89-90
de enfermería, 146
resultados, 298
espirituales-éticos, 83, 83-84c, 85, 87
entre fenómenos, 295-296c
filosofía, 33
de la asistencia, 126
al final de la vida, 566
genéricos, 343-345c
metaanálisis de la bibliografía, 555-556
en el modelo del corazón, 302
moral, 128
natural, 146
original, 146
personas, perspectiva, 295-296c
práctica, 128
de la enfermería, 98-119
aceptación por la comunidad de enfermería, 107-109
caso clínico, 112-113c
crítica, 110-111
datos empíricos, 103-105

evolución, 109-110
fuentes filosóficas, 99-103
fundamentos teóricos, 106-107
planteamiento lógico, 107
principales premisas, 105-106
resumen, 111-113
moral, basado, 127
profesional, 343-345c, 344
relacional, 128
ser existencial, 124
sufrimiento, 143-144c
teoría(s), 553-563
aceptación por la comunidad de enfermería, 559
de la atención burocrática, 82-83
casos clínicos, 560c
crítica, 559
del cuidado, 554-555c
datos empíricos, 554-557
evolución, 559
fuentes teóricas, 554
fundamentos teóricos, 558, 558f
planteamiento lógico, 558
principales
conceptos y definiciones, 554-555c
premisas, 557-558
transformación, 301
Culpa y vergüenza, 541-544c

Cultura
de los cuidados, 143-144c
inclusión, 351-352
en la teoría del cuidado de la cultura de la diversidad y universalidad, 344
Curación, 71
CWRU, *Véase* Case Western Reserve University (CWRU)

D

Da Silva, Antonio Barbosa, 142-144
Dance of Caring Persons, 298, 298f
De Shazer, Steve, 506
Decisión ética, 424
Deducción, 148, 527
Defectos del tubo neural, 496
Demanda
de autocuidados terapéuticos, 201-203c, 207-208
competencia inmediata, 326-327c
cuidado, 89-90
dependiente, 201-203c, 207
Demostración de hipótesis, 348
Den Mångdimensionella Hälsan (Salud multidimensional), 149
Deontología, 418
Department of Health and Human Services estadounidense, 331-332c
Depresión, 434-435c
posparto, 541-544c
prenatal, 541-544c

Derechos, en la teoría bioética sinfonológica, 419c, 421
Desarrollo
cognitivo, 400-401
de teorías
aparición, 4
aspectos contemporáneos, 41
evolución, 2-3
fuentes teóricas de Nightingale, 52-54
en el método científico, 40t
de nivel medio, expansión, 574-575
principios, 39t
proceso, 35, *Véanse también* Teoría
durante la vida, 401-403c
Descubrimiento, 509-511c
Desequilibrio, 285
Destilación-fusión, 382
Developmental Resources of Later Adulthood (DRLA), 465
Devenir
dimensión de salud, 147
visible-invisible del ahora emergente, 378
Dialéctica hermenéutica, 366
Dieta, 53-54c
Diez compromisos del modelo de la marea, 507, 507-508c
Diferencias, 312-314c
Dignidad, 143-144c, 565-566c
Dimensiones de la estructura
cultural, 343-345c

social, 343-345c
Discapacidades por exceso, 532
Discernimiento, profesional, 126
Disciplina(s)
científica, 28
enfermera, 295-296c, 342
otras, para la formación en investigación de graduados, 496
significado, 6c
teoría de la enfermería, importancia, 6-7
Diseño de enfermería, 201-203c
Diversidad, cuidados culturales, 344
Dodd, Marylin J, 477, *Véanse también* Teoría de la trayectoria de la enfermedad
acreditaciones, 478
antecedentes, 478
Dolor, ausencia, 565-566c
Dominio(s), 101-103c
clínico, 105
del modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 509-511c
mundial, 509-511c
de los otros, 509-511c
propios, 509-511c
del yo, 509-511c
Dotación
inherente, en la teoría de modelos y modelado de roles, 401-403c
de recursos, potencia, 509-511c
Drenaje eficiente, 53-54c

Dreyfus, Hubert, 99-100
Dreyfus, modelo de adquisición de habilidades, 99-100
DRLA, *Véase* Developmental Resources of Later Adulthood (DRLA)
Duelo, 496
  disfuncional
    concepto, 493c
    datos empíricos, uso, 493-494
    desencadenantes, 494
      situaciones, 493c
  patológico, 401

E

Eakes, Georgene Gaskill, 490, *Véanse también* Teoría del duelo disfuncional
  acreditaciones, 490-493
  antecedentes, 490-493
EBBS, *Véase* Exercise Benefits-Barriers Scale (EBBS)
Einstein, Albert, 29
  teoría de la relatividad, 182
Ejemplar, 101-103c
Elección, 286-287c
Embarazo
  no deseado, 541-544c
  no planificado, 541-544c
Émico, 343-345c, 347
Emotivismo, 418
Empatía, 298
Empirismo, 29

Empoderamiento, 506
de los adolescentes, 261
Empuje-resistencia, 378-380c
Encabezamientos del contenido, sobre las teorías de enfermería, 47c
Energía, conservación, 166-170c
caso clínico, 174-175c
Enfermedad(es), 232-234c
infecciosas, 57
mental, 514
sufrimiento, 143-144c
Enfermera-cliente, proceso de la experiencia, 365-366
Enfermeras clínicas especialistas (CNS, *clinical nurse specialists*), 108
Enfermería, 348
basada en la teoría y la evidencia, 8
camino de desarrollo, 7-8, 8c
clínica
arte de ayudar, 16-18
elementos, 16
colectiva, 8
conceptos de metaparadigma, 4
conceptualización, 4
conocimiento, estructura, 44-45
en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 98-119
definición, Henderson, 14-15
disciplina(s), 295-296c, 342
académica, 7

filosofía, 33, 44
de la atención, 128
foco, 295-296c
formación de investigación de posgrado, 496
fundamentos teóricos, 71
historia, 2
como método para conocer, 295-296c
intención, 295-296c
intercultural, 342-343
llamadas, 295-296c, 361-362
logros, 5-6, 6c
marcos conceptuales, 7
método sistemático, 8
modelo(s)
de adaptación, 254-255
conceptuales, 21, 44, 47c, 574
de conservación, 166-170c, 170-171
de la marea en la recuperación de la salud mental, 512
de sistema(s), 234
conductual, 277
moderna, 49-65
aceptación por la comunidad de enfermería, 56-58
caso clínico, 60c
crítica, 58-59
datos empíricos, 54
evolución, 58
fuentes teóricas, 52-54

fundamentos teóricos, 55-56
planteamiento lógico, 56
principales
conceptos y definiciones, 53-54c
premisas, 54-55
razonamiento inductivo, uso, 56
resumen, 59-60
perspectiva de Nightingale sobre el papel, 54
como profesión, 297-298
psiquiátrica, 511, 512, 514
respuesta, 295-296c
salud
como expansión de la conciencia, 362-363, 363f
mental, 512, 514
situación, 295-296c
teoría
de adopción del rol materno, 436
bioética sinfonológica, 419c, 420
del confort, 531
de cuidado(s), 292-308, 557
aceptación por la comunidad de enfermería, 299-302
burocrático, 86
caritativo, 145-146
caso clínico, 304-305c
crítica, 303
datos empíricos, 296-297
evolución, 302-303

fuentes teóricas, 294-296
fundamentos teóricos, 298
planteamiento lógico, 298-299
principales
conceptos y definiciones, 295-296c
premisas, 297-298
resumen, 304-305
de la depresión posparto, 544
del desarrollo humano, 383
del duelo disfuncional, 494
del final tranquilo de la vida, 566
de logro de objetivos, 215c, 217
de modelos y modelado de roles, 401-403c, 405
de los seres humanos unitarios, 182
de las transiciones, 315
transcultural, 342-343, 345
como *trephotaxis*, 512
Enseñanza-aprendizaje, fomento, 68t, 69-70c
Entorno, 106
concepto(s)
del metaparadigma, 4
de Nightingale, 55
conceptual, 174-175c
contexto, 343-345c
creado, 232-234c, 236
en la enfermería
moderna, 53-54c

como teoría de los cuidados, 297
evaluación, 286-287c
externo, 236
facilitador, 532
en la filosofía de la asistencia, 128-129
fundamentos teóricos, 71-72
interno, 236
en el modelo
de adaptación, 254-255
de conservación, 166-170c, 171
caso clínico, 174-175c
de la marea en la recuperación de la salud mental, 513
de sistema(s), 232-234c, 236
conductual, 278
creado, 232-234c, 236
externos, 236
internos, 236
provisión, 68, 69-70c
en la salud como expansión de la conciencia, 363
en la teoría
de adopción del rol materno, 437
bioética sinfonológica, 419c, 421
del confort, 531
del cuidado, 558
burocrático, 86
caritativo, 146-147
de la depresión posparto, 545

del desarrollo humano, 383-384
del duelo disfuncional, 495
del final tranquilo de la vida, 566
de logro de objetivos, 217
de modelos y modelado de roles, 406
de los seres humanos unitarios, 183
de las transiciones, 315
Entradas, 232-234c
Entrenamiento situado, 101-103c
Enunciados relacionados, 36t, 37-38, 566
Episteme, Premio, 19-20
Epistemología, 28
análisis, 30
del racionalismo, 29
Equilibrio, 182, 274-276c, 277
adaptación, 285
del sistema de conducta, 281
Era
curricular, 3
del énfasis en la investigación, 3
de la formación graduada, 3-4
de las teorías, 4
de la utilización de teorías, 4
Erickson, Helen C, 398, *Véanse también* Teoría de modelos y modelado de roles
acreditaciones, 398-399
antecedentes, 398-399

Erikson Psychosocial Stage Inventory, 405
Eriksson, Katie, 140, 122, *Véanse también* Teoría del cuidado caritativo
acreditaciones, 140-142
antecedentes, 140-142
Escala CES-D, *Véase* Center for Epidemiologic Studies Scale-Depression (CES-D)
Esclerosis múltiple, 496
Espacio, 364-365
entorno, 128-129
Espacio-tiempo, síntesis, 364-365, 365f
Especialista, 342-343
Espiritualidad, 83-84c
adaptativa, teoría de nivel medio, 40t
Esquema cognitivo, 448-449c
Estabilidad, 232-234c, 285
Estadio(s)
anticipación, de la teoría de adopción del rol materno, 438
cognitivos, durante el desarrollo vital, 401-403c
competente, 101-103c
eficiente, 101-103c
formal, de la teoría de adopción del rol materno, 438
informal, de la teoría de adopción del rol materno, 438
personal, de la teoría de adopción del rol materno, 438
psicológicos del desarrollo durante la vida, 401-403c
Estado
estacionario, 182
magnético, 72-73

marital, 541-544c
de reconocimiento del magnetismo, 88
socioeconómico, 541-544c
Estándares europeos de enfermería, 21
Estar
enfermo, 106
situado, 106
Estímulo(s), 286-287c
contextuales, 250, 251
focales, 250, 251
residuales, 250, 251
Estrategia(s)
internas del abordaje, 494
de la investigación seguida de la teoría, 29
de la teoría seguida de la investigación, 29
Estrés/factores estresantes, 232, 232-234c
en la adopción del rol materno, 434-435c
por cuidado infantil, 541-544c
estructural, 281
en el modelo de sistema conductual, 274-276c
respuesta, 166-170c
Estructura
básica, 232-234c
económica, 92
educativa, 92
física, 92
legal, 92

política, 92
sociocultural, 92
taxonómica, 528, 529f, 536t
tecnológica, 92
Estructuradores, 448-449c
Estudios
científicos, 33, 58
de investigación, 301-302
Eternidad, 143-144c
Ethos, 146
Ética, 343-345c, 347, 418
cuidado caritativo, 142-144c
existencia humana, como condición primaria, 124-125
en la práctica de enfermería, 98-119
aceptación por la comunidad de enfermería, 107-109
caso clínico, 112-113c
crítica, 110-111
datos empíricos, 103-105
evolución, 109-110
fuentes filosóficas, 99-103
fundamentos teóricos, 106-107
planteamiento lógico, 107
principales premisas, 105-106
resumen, 111-113
Etnohistoria, 343-345c
Evaluación, 280
Evidencia

basada
en la práctica, 517
en la teoría, 8
empírica
en el cuidado, sabiduría clínica en la práctica de enfermería, 103-105
en la enfermería
moderna, 54
como teoría de los cuidados, 296-297
en la filosofía de la asistencia, 127-128
en el modelo
de adaptación, 253
de conservación, 170
de la marea en la recuperación de la salud mental, 511-512
de promoción de la salud, 327
de sistema(s), 234
conductual, 276-277
en la salud como expansión de la conciencia, 361-362
en la teoría
de adopción del rol materno, 433-436
bioética sinfonológica, 420
del confort, 530-531
del cuidado, 554-557
burocrático, 84-86, 85f
caritativo, 144-145
transpersonal, 70
del déficit de autocuidado en enfermería, 204

de la depresión posparto, 544
del desarrollo humano, 381-382
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 345-346
del duelo disfuncional, 493-494
del final tranquilo de la vida, 565-566
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 449-450
de logro de objetivos, 214-217
de modelos y modelado de roles, 403-405, 403f
de nivel medio, 214-217
de los seres humanos unitarios, 182
de la transcendencia del yo, 465-466
de las transiciones, 314
de la trayectoria de la enfermedad, 481-482
uso por Nightingale, 54
Evolución humana, concepción de Young, 365f
Exercise Benefits-Barriers Scale (EBBS), 327
Exigencias
competitivas inmediatas, 326-327c
funcionales, 274-276c, 286-287c
Existencia humana, la ética como condición principal, 124-125
Experiencia(s), 101-103c, 381, 517
humana, unicidad, 378
del parto, percepción, 434-435c
vitales, 381
Experto, 101-103c
Explotación, de la relación enfermera-paciente, 12-13

Expresión
espontánea, 124
lingüística, 378-380c
soberana, 124, 127
Extraña, como rol de la enfermera, 12-13

F

Facilidad, 528
Facilitadores, 331-332c
Factores
de acondicionamiento básico, 201-203c
biológicos personales, 326-327c
culturales, 83-84c
económicos, 83-84c, 84
de estrés estructurales, 281
físicos, 83, 83-84c
legales, 83-84, 83-84c
mediadores-modificadores, 464-465c
operacionales, 174-175c
personales, 326-327c
biológicos, 326-327c
psicológicos, 326-327c
socioculturales, 326-327c
políticos, 83-84c, 84
psicológicos personales, 326-327c
sociales, 83-84c
socioculturales, 83

personales, 326-327c
tecnológicos, 83-84c, 84
Familia, 434-435c
como cliente, 240-241c
Familiar-desconocido, 378-380c
Fawcett, Jacqueline, 554
Fe-esperanza, instilación, 68t, 69-70c
Fenomenología, 32
como actitud natural, 123-124
fenomenólogos, 125-126
hermenéutica, 126
Fenómenos, 39
Fidelidad, 422c
Filosofía, 44, 47c
de la asistencia, 120-139
aceptación por la comunidad de enfermería, 129-130
acreditaciones, 120-123
caso clínico, 132c
datos empíricos, 127-128
evolución, 130-131
fuentes teóricas, 123-127
fundamentos teóricos, 129
planteamiento lógico, 129
principales
conceptos y definiciones, 126-127c
premisas, 128-129
resumen, 132

como elemento de la enfermería clínica, 16
terapéutica, 509-511c
Filósofos, 29-30
Final de la vida tranquilo, 568
Flanagan, técnica del incidente crítico, 511-512
Flexibilidad, 434-435c
Florida Nurses' Association (FNA), 214
FNA, *Véase* Florida Nurses' Association (FNA)
Formación, 101-103c
continua, 496
cuidado(s)
sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 108-109
transpersonales, 73
en la enfermería como teoría de los cuidados, 300-301
en la filosofía de la asistencia, 130
global en enfermería, 575-577
de investigación de posgrado, 496
en el modelo
de adaptación, 258
de conservación, 172
de la marea en la recuperación de la salud mental, 516
de promoción de la salud, 330
de sistema(s), 237-238
conductual, 282
de pregrado, 495-496
principios de Nightingale, 57-58
en la salud como expansión de la conciencia, 367-368

en la teoría
de adopción del rol materno, 441
bioética sinfonológica, 425
del confort, 533
del cuidado, 559
burocrático, 83, 88-89, 89f
caritativo, 148-149
de la depresión posparto, 546
del desarrollo humano, 385-386
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 351-352
del duelo disfuncional, 495-496
del final tranquilo de la vida, 567
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 452
de logro de objetivos, 220
de modelos y modelado de roles, 407
de los seres humanos unitarios, 185-186
de la transcendencia del yo, 468
de la trayectoria de la enfermedad, 483
de las transiciones, 316
Foss, Else, 130
Foucault, Michel, 123, 125-126
Fourth National Conference on Modeling and Role-Modeling, 407
Frank-Stromborg, Marilyn, 324
Frankel, Victor, 19
Fuentes
filosóficas, 99-103, 541-544

teóricas
para la enfermería
moderna, 52-54
como teoría de los cuidados, 294-296
para la filosofía de la asistencia, 123-127
para el modelo
de adaptación, 250-253
de conservación, 166-170
de la marea en la recuperación de la salud mental, 505-511
de promoción de la salud, 325-327
de sistema(s), 231-234
conductual, 273-276
para la salud como expansión de la conciencia, 360-361
para la teoría
de adopción del rol materno, 433
bioética sinfonológica, 418-419
del confort, 527-529
de cuidado(s), 554
burocrático, 82-84
caritativo, 142-144
transpersonal, 68-70
del déficit de autocuidado en enfermería, 199-203
de la depresión posparto, 541-544
del desarrollo humano, 376-380
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 342-345
del duelo disfuncional, 493

del final tranquilo de la vida, 565
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 448-449
de logro de objetivos, 214
de modelos y modelado de roles, 400-403
de los seres humanos unitarios, 181-182
de la transcendencia del yo, 463-465
de las transiciones, 312-314
de la trayectoria de la enfermedad, 478-480
Fuerzas existenciales-fenomenológicas, autorización, 68t, 69-70c
Función
en el modelo de sistemas, 232-234c
óptima, 532
Funcionamiento
cognitivo humano, 31
familiar, 434-435c
Fundamentos teóricos, 37-38, 106-107
en la enfermería
moderna, 55-56
como teoría de los cuidados, 298
en la filosofía de la asistencia, 129
en el modelo
de adaptación, 255-256, 255f, 256f
de conservación, 171-172
de la marea en la recuperación de la salud mental, 513-514
de promoción de la salud, 329
sistema(s), 236
conductual, 278-280

de Nightingale, 55
en la teoría
de adopción del rol materno, 437-440
bioética sinfonológica, 421-423
del confort, 531-532
del cuidado, 558, 558f
burocrático, 86-87
caritativo, 147
transpersonal, 71-72
del déficit de autocuidado en enfermería, 205
de la depresión posparto, 545
del desarrollo humano, 384-385
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 347-348
del duelo disfuncional, 495
del final tranquilo de la vida, 566
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 451-452
de logro de objetivos, 217, 218f
de modelos y modelado de roles, 406
de la salud como expansión de la conciencia, 364-366
de los seres humanos unitarios, 183-184
de la transcendencia del yo, 466-467, 467f
de las transiciones, 315
de la trayectoria de la enfermedad, 482-483

G

Gable, Robert, 541
Gadamer, Hans-Georg, 142

General Comfort Questionnaire, 528
Generalidad
en cuidado(s)
sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 110-111
transpersonales, 74-75
en la enfermería como teoría de los cuidados, 303
en la filosofía de la asistencia, 131
en el modelo
de adaptación, 263
de conservación, 173
de la marea en la recuperación de la salud mental, 520
de promoción de la salud, 330
de sistema(s), 240
conductual, 285
en la salud como expansión de la conciencia, 368-369
en la teoría
de adopción del rol materno, 443
bioética sinfonológica, 426
del confort, 535
del cuidado, 560
burocrático, 92
caritativo, 150
del déficit de autocuidado en enfermería, 207
de la depresión posparto, 548
del desarrollo humano, 387
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 353

del duelo disfuncional, 497
de la enfermería, análisis, 46
del final tranquilo de la vida, 568, 569f
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 454
de logro de objetivos, 221-222
de modelos y modelado de roles, 408
de los seres humanos unitarios, 190
de la transcendencia del yo, 471
de las transiciones, 317
de la trayectoria de la enfermedad, 484
de los trabajos de Nightingale, 59
Generalista, 342-343
Gestión externa, 494
Glasgow, servicios de salud mental, 515
Gomez, Olga, 88
Grado de reacción, 232-234c
Gran teoría, 45, 47c
Gratificación-satisfacción, 434-435c
Growth Through Uncertainty Scale (GTUS), 453
GTUS, *Véase* Growth Through Uncertainty Scale (GTUS)
Guía de la demanda semiestructurada para evaluar los cuidados culturales y la salud, 350
Gustav O. Leinhard, Premio, 19-20

H

Hablar-guardar silencio, 378-380c
Hacer
el bien y evitar el mal, 422c

dimensión de la salud, 147
en la teoría del cuidado, 554-555c, 559
Hainsworth, Margaret A, 490, *Véanse también* Teoría del duelo disfuncional
acreditaciones, 492-493
antecedentes, 492-493
Hall, Lydia, 18-19
modelo de esencia, cuidado y curación, 18-19, 19f
Hall, sir John, 51
Hallazgo de soluciones, 509-511c
Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), 327
Heidegger, Martin, 122, 124
Hélices, 183, 184t, 376
Hemodinámica, principios, 183, 184t
Henderson, Virginia, 14-15, 21
catorce necesidades, 15c
definición de la enfermería, 14-15
niveles de las relaciones enfermera-paciente identificados, 14-15
Herbert, Sidney, 50
Hermenéutica, 101-103c
crítica, 126
Herramienta
para el análisis de recursos en la relación enfermera-paciente, 91
de cuidado comunicativo transcultural, 88
de medida de logro de objetivos con referencia a criterios, 216-217
de la unión-vinculación materna de Erickson, 405
Historia como método para conocer la enfermería, 295-296c

Holismo, 274, 166-170c, 401-403c
filosofía, 33
Holografía, 83-84c
Holograma, 82
Homeostasis, 182
Hopkins, valoración clínica, de MVPA, 405
HPLP-II, *Véase* Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II)
Humanidad, 59, 131
Humanismo, 297
Husserl, Edmund, 122, 123-124
Husted, Gladys, 417, *Véanse también* Teoría bioética sinfonológica
acreditaciones, 417-418
antecedentes, 417-418
Husted, James, 417, *Véanse también* Teoría bioética sinfonológica
acreditaciones, 417-418
antecedentes, 417-418

I

IA, *Véase* Individuación afiliada (IA)
ICN, *Véase* International Council of Nurses (ICN)
Ideación suicida, 541-544c
Ideas
centrales, 382
utilitaristas, 418
Identidad
incierta, 480t
materna, 434-435c, 442

rol, 442
personal, 438
en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 479-480c
Identificación de la relación enfermera-paciente, 12-13
Ilimitabilidad, 377-378
Ilusión, 448-449c
Imagen reflexiva-prerreflexiva, 378-380c
Imaginería guiada, 530
Imperativos de mantenimiento, 274-276c
Importancia, 101-103c
del cuidado
la sabiduría clínica y la ética en la práctica de la enfermería, 111
teoría, 560
de la enfermería como teoría de los cuidados, 303
de la filosofía de la asistencia, 131
del modelo
de adaptación, 263
de conservación, 173
de la marea en la recuperación de la salud mental, 520
de promoción de la salud, 331
de sistema(s), 240
conductual, 285
de la salud como expansión de la conciencia, 369
de la teoría
de adopción del rol materno, 443
bioética sinfonológica, 427
del confort, 535

del cuidado
burocrático, 92-93
caritativo, 151
del déficit de autocuidado en enfermería, 208
de la depresión posparto, 548
del desarrollo humano, 388-390
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 354
de enfermería, análisis, 46
del final tranquilo de la vida, 568-569, 569f
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 454-455
de logro de objetivos, 222
de modelos y modelado de roles, 408-409
de los seres humanos unitarios, 190
de la transcendencia del yo, 471-472
de las transiciones, 317
de la trayectoria de la enfermedad, 484
Incertidumbre, 450, 453, 378-380c, 448-449c
Incidentes críticos, 107
Individuación afiliada (IA), 401, 401-403c
Individuos
como clientes, 240-241c
en la teoría de logro de objetivos, 219
Inducción, 148, 532
Inferencia, 448-449c
Infinidad, 143-144c
Influencias

interpersonales, 326-327c
de la situación, 326-327c
Información compartida, 509-511c
Iniciativa, 419c, 420
Institute of Humanbecoming, 576
Institute of Medicine, 567
Insuficiencia del rol, 310
Integración, 183, 376
Integridad
estructural, conservación, 166-170c, 174-175c
institucional, 528-529c
en el modelo de conservación, 166-170c
personal, conservación, 166-170c, 174-175c
social, conservación, 166-170c, 174-175c
Intención, de la enfermería, 295-296c
Interacción(es), 310
de enfermería, en la teoría de la transcendencia del yo, 468
Interaccionismo simbólico, 310
International Association for Human Caring, 81, 293
International Biennial Neuman Systems Model Symposium, 576
International Council of Nurses (ICN), 14
International Journal of Nursing Studies, 18
International Orem Society, 576
International Transcultural Nursing Society, 81
Interpersonal Aspects of Nursing, 19
Interpersonal Relations in Nursing, 12-13
Intervención(es), 281

basadas en grupo, en la teoría de la transcendencia del yo, 468
confort, 528-529c, 537t
holística, 530
para el manejo de la incertidumbre en la vigilancia activa, 453
para la prevención, 232-234c, 239-240
Introduction to Clinical Nursing, 170, 172
Investigación(es)
sobre articulación, 99
de base práctica, 259-261
conceptos de Nightingale, 58
deductivas, 29
para la demostración de teorías, 41
en la enfermería como teoría de los cuidados, 301-302, 303
en la filosofía de la asistencia, 130
instrumentos, adaptación, 261
interdependencia de teoría, 31-33
en el modelo
de adaptación, 258-262
de conservación, 172
de la marea en la recuperación de la salud mental, 516-517
de promoción de la salud, 330
de sistema(s), 238-239
conductual, 282-283
en la salud como expansión de la conciencia, 368
en la teoría
de adopción del rol materno, 441
del confort, 533

del cuidado, 559
burocrático, 89-90, 90-91t
caritativo, 149-150
transpersonal, 73-74
de la depresión posparto, 546
del desarrollo humano, 385-386
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 352
del duelo disfuncional, 496-497
del final tranquilo de la vida, 567
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 452-453
de logro de objetivos, 220-221
de modelos y modelado de roles, 407-408
y relación interdependiente, 6
de la transcendencia del yo, 469-470
de las transiciones, 316
de la trayectoria de la enfermedad, 483
de los seres humanos unitarios, 186-189
Invitación, 143-144c
directa, 295-296c

J

JFK Medical Center, 301
Johnson, Dorothy E, 21, 273, *Véanse también* Modelo de sistema de conducta
acreditaciones, 273
antecedentes, 273
Journal of Transcultural Nursing, 340, 351

Juicio
clínico, 110
profesional, 126
discernimiento, 126

K

Kaila, Eino, 142
Kanto Medical Center, 515
Kendall Chronic Sorrow Instrument, 497
Kierkegaard, Søren, 142
King International Nursing Group (KING), 214
King, Imogene M, 213, *Véanse también* Teoría de logro de objetivos
acreditaciones, 213-214
antecedentes, 213-214
KING, *Véase* King International Nursing Group (KING)
Kolcaba, Katharine, 527, *Véanse también* Teoría del confort
acreditaciones, 527
antecedentes, 527
Koort, Peep, 142
Kuhn, Thomas, 142
Kurtén, Tage, 142

L

Labilidad emocional, 541-544c
Lactante
características, 434-435c
pistas, 434-435c

temperamento, 434-435c, 541-544c
Langer, Susan, 142
Langner Scale of Mental Health Symptomatology (MHS), 465
Lanzarse al agua, creencias de compromiso, 509-511c
Laurelberry, Nancy, 534
Lazarus, Richard, 99-100
Leininger, Madeleine M, 339, *Véanse también* Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales
acreditaciones, 339-342
antecedentes, 339-342
Lévinas, Emmanuel, 68, 142-144
Levine, Myra Estrin, *Véanse también* Modelo de conservación
acreditaciones, 165-166
antecedentes, 165-166
Ley de salud mental de Escocia, 520
Leyenda Viva, Premio, 19-20
Leyes, 39
Libertad, 377, 422c
situada, 377
Líder, como papel del profesional de enfermería, 12-13
Liderazgo
en los cuidados transpersonales, 73
en la profesionalización de la enfermería, 12-13
Limpieza, 53-54c
Línea(s)
de defensa, 232-234c
flexible, 232-234c

normal, 232-234c
de resistencia, 232-234c
LISREL. *Véase* Relaciones estructurales lineales (LISREL, *linear structural relations*)
Llamadas para la enfermería, 295-296c
Loeb Center for Nursing and Rehabilitation, 18
Loeb, plan, 18
Logan, Winifred W, 21-22
Lógica, 236
deductiva, 236, 366, 568
de la experiencia, 517
inductiva, 236, 366, 568
Løgstrup, Knud E, 68, 122, 124-125
Løgstrup, Rosemarie, 122
Lucha por la supervivencia, 541-544c, 547
Lugar de trabajo, 38t
Lutero, Martin, 125
Luz, 53-54c

M

Macrosistema, 437-438
Maltrato infantil, 496
Manejo ineficaz, 493c
Mantenimiento de la creencia, 554-555c, 559
Marco de estímulos, 448-449c
Marquette University, Escuela de Enfermería, 204
Martinsen, Kari Marie, *Véanse también* Filosofía de la asistencia
acreditaciones, 120-123

antecedentes, 120-123
Marx, Karl, 123
Máxima, 101-103c
May, Rollo, 19
McCray-Stewart, Deborah, 87-88
McDonald, Lynn, 52
Mecanismo(s) de afrontamiento
por acción, 494
adquiridos, 251
emocionales, 494
innatos, 251
interpersonales, 494
Mejores
políticas, 528-529c
prácticas, 528-529c
Meleis, Afaf Ibrahim, 309, *Véanse también* Teoría de las transiciones
acreditaciones, 309-312
antecedentes, 309-312
Mercer, Ramona T, 432, *Véanse también* Teoría de adopción del rol materno
acreditaciones, 432-433, 432f
antecedentes, 432-433, 432f
Merleau-Ponty, Maurice, 124
Mesosistema, 437
Metaanálisis de la bibliografía, sobre los cuidados, 555-556
Metafísica, 129
Metaparadigma, 41

conceptos
enfermería, 4
entorno, 4
persona, 4
salud, 4
Método(s)/estrategia(s)
de ayuda, 201-203c, 207
de la ciencia de Parse, 382
científico, desarrollo de teorías, 40t
cualitativos, 73
experimentales cuantitativos, 348
fenomenológicos, 73
de gestión
datos empíricos, 494
detalles más pequeños, 53-54c
eficaz, 493c
externos, 494
ineficaces, 493c
medios, 281
en la teoría del duelo disfuncional, 493c
inductivo, 29
intraprofesionales para el consenso, la valoración y la evaluación intraprofesional, consecución (AMICAE, *Achieving Methods of Intraprofessional Consensus, Assessment and Evaluation*), 103
de investigación
en etnoenfermería, 347
de Parse, 382
naturalistas, 73

de teoría fundamentados, 82, 481
Microsistema, 437, 437f
Mill, John Stuart, 57
Mirada
de clasificación, 125-126
de exploración, 125-126
Mishel, Merle H, 447, *Véanse también* Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad
acreditaciones, 447-448
antecedentes, 447-448
Misterio, 377-378, 382-383
Modelado, 401-403c
del rol, 401-403c
Modelo(s)
de acción en salud de base comunitaria, 385
de adaptación, 249-272
aceptación por la comunidad de enfermería, 256-262
caso clínico, 264c
crítica, 262-263
datos empíricos, 253
evolución, 262
fuentes teóricas, 250-253
fundamentos teóricos, 255-256, 255f, 256f
modos adaptativos, resumen, 265t
planteamiento lógico, 256
principales
conceptos y definiciones, 251c

premisas, 253-254, 253c
resumen, 263-264, 265t
conceptuales, enfermería, 44, 47c
de conservación, 164-179
aplicación por la comunidad de enfermería, 172-173
caso clínico, 174-175c
crítica, 173
datos empíricos, 170
diagrama, 167f
evolución, 173
fuentes teóricas, 166-170
fundamentos teóricos, 171-172
planteamiento lógico, 172
principales
conceptos y definiciones, 166-170c
premisas, 170-171
resumen, 173-175
de desarrollo de la práctica clínica (CPDM, *clinical practice development models*), 99
de enfermería, 21-22, 23f, 23t
de esencia, cuidado y curación, 18-19, 19f
de la marea en la recuperación de la salud mental, 504-526
aceptación por la comunidad de enfermería, 514-517
caso clínico, 521-522c
crítica, 517-520
datos empíricos, uso, 511-512
evolución, 517

fuentes teóricas, 505-511
fundamentos teóricos, 513-514
planteamiento lógico, 514
principales
conceptos y definiciones, 509-511c
premisas, 512-513
resumen, 520-522
valores esenciales, 507, 507-508c
de novicia a experta, 110
de promoción de la salud, 323-338, 325f
aceptación por la comunidad de enfermería, 329-330
caso clínico, 331-332c
crítica, 330-331
datos empíricos, 327-328
evolución, 330
fuente teórica, 325-327
fundamentos teóricos, 329
planteamiento lógico, 329
principales
conceptos y definiciones, 326-327c
premisas, 328-329
resumen, 331-332
revisado, 328f
de relación entre seres humanos, 19, 20f
revisado de promoción de la salud, 328f
de salud ontológico, 149
de sistema(s), 231-248

acreditaciones, 231
aplicación a la comunidad de enfermería, 236-239
caso clínico, 240-241c
de conducta, 273-291, 279f
aceptación por la comunidad de enfermería, 280-283
caso clínico, 286-287c
crítica, 284-285
datos empíricos, 276-277
evolución, 283-284
fuentes teóricas, 273-276
fundamentos teóricos, 278-280
planteamiento lógico, 280
principales
conceptos y definiciones, 274-276c
premisas, 277-278
resumen, 285-287
crítica, 239-240
evolución, 239
fuentes teóricas, 231-234
fundamentos teóricos, 236
de Neuman, 231, 231-232, 235f
planteamiento lógico, 236
principales
conceptos y definiciones, 232-234c
premisas, 234-236
resumen, 240-241
de terremoto, 541

de toma de decisiones, en la teoría bioética sinfonológica, 422-423, 423f

de valoración del potencial de adaptación (MVPA), 401, 401-403c, 403-404, 403f

de vida, 21-22, 22f, 23t

Modo(s)

adaptativos, 265t

autoconcepto-identidad de grupo, 252

fisiológico-físico, 252

de función del rol, 252

de interdependencia, 252-253

Molestias físicas, 568

Momento de discernimiento, 382

Moore, Shirley M, 564, *Véanse también* Teoría del final tranquilo de la vida

acreditaciones, 564-565

antecedentes, 564-565

Morita, Shoma, 506

Motivación del bienestar, 38

Movimiento, concepto, 364

Movimiento-espacio-tiempo, 360-361c

Movimiento-quietud, 378-380c

Muerte

en paz, 567

del yo, 541-544c, 547

Murray, Henry, 532

MVPA, *Véase* Modelo de valoración del potencial de adaptación (MVPA)

N

NANDA, *Véase* North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

NANDA-I, *Véase* North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)

National Center for Nursing Research, 324, 407

National Institute of Nursing Research, 327

National Institutes of Health, 324, 407

National League for Nursing (NLN), 22-23, 67

Naturalismo, 33

NCAST, *Véase* Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST)

NCRCS, *Véase* Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow (NCRCS)

Necesidades

básicas, 401-403c

cuidado de la salud, 528-529c

humanas, 400

Negentropía, 182, 232-234c

Negociación, cuidado cultural, 345

Negocio social, ciencia, 33

Neuman Systems Model Research Institute, 239

Neuman System Model Trustees Group, 231, 240

Neuman, Betty, 231, *Véanse también* Modelo de sistemas

acreditaciones, 231

antecedentes, 231

Newman, Margaret A, 359, *Véanse también* Salud como expansión de la conciencia

acreditaciones, 359-360

antecedentes, 359-360
NIC, *Véase* Nursing Interventions Classification (NIC)
Nightingale, Florence, 49-65, 50f, *Véanse también* Enfermería moderna
acreditaciones, 50-52
afiliación y creencias religiosas, 52-53
antecedentes, 50-52
cambios sociales, reconocimiento, 52
desarrollo del conocimiento, aportaciones, 44
empleo, 50
enfermería, visión, 2-3
estado social aristocrático, 52
formación, principios, 57-58
investigación, conceptos, 58
muerte, 51
pensamiento
filosófico, 52
lógico, 52
práctica, bases, 56-57
raíces históricas, 50
salud, 51
teoría de logro de objetivos, tributo, 213-214
trabajo vital, análisis, 51
Nivel de conciencia
explicativa, 82
implicado, 82
NLN, *Véase* National League for Nursing (NLN)

NOC, *Véase* Nursing Outcomes Classification (NOC)

Normas, en la teoría bioética sinfonológica

bioéticas, 422c

éticas, 421-422

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 282, 495-496

North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), 495-496

Nueva forma de vida, 448-449c

Nurse Educator Nursing Theory Conference, 6-7

Nursing, 130

Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST), 19-20

Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow (NCRCS), 495

Nursing Development Conference Group (NDCG), 198

Nursing Interventions Classification (NIC), 495-496

Nursing Outcomes Classification (NOC), 495-496

Nursing Research, 3, 6

Nursing Science Quarterly, 81-82, 385

Nursing Theorists and Their Work, 576

Nursing Theory Link Page, 576-577

Nursing Theory Page, 576-577

Nursing Theory: Utilization and Application, 576

Nygren, Anders, 142

O

Objetividad, 422c

Objetivo, 286-287c

deseado, 559
elemento de la enfermería clínica, 16
Objeto, 200
Observaciones, 30, 31
Océano de experiencia, en la vida, 513
Ojo que registra, 127
Orden
desvelado, 82
envolvente, 82
teoría, 36t, 38-41
Oregon Health Science University Hospital, 407
Orem, Dorothea Elizabeth, 198, *Véanse también* Teoría del déficit de autocuidado en enfermería
acreditaciones, 198-199
antecedentes, 198-199
Orem Study Group, 207
Organismo, 200
Organización
de la teoría, 39
total, 479-480c
Organización Mundial de la Salud, 71-72
Orientación, de la relación enfermera-paciente, 12-13
Origen, 378-380c
Ottawa Charter for Health Promotion, 520

P

Paciente, *Véanse también* Persona
necesidad de ayuda, identificación, 16
en la teoría
bioética sinfonológica, 420
del confort, 531
Padre(s)
cuidadores, 494
en la teoría de adopción del rol materno, 434-435c, 437
Pandimensionalidad, 181-182c
Paradigma(s), 32, 574
interpretativo, 32
posmoderno, 32
Paradoja, 377-378
de la crisis, 509-511c
Parse, Rosemarie Rizzo, 375, *Véanse también* Teoría del desarrollo humano
acreditaciones, 375-376
antecedentes, 375-376
Parsons, Talcott, 274
Participación
integradora, 366
interactiva, 366
Patient-Centered Approaches to Nursing, 15
Patrón(es), 181-182c
del conocimiento, 298

empíricos, 298
estéticos, 298
éticos, 298
del movimiento, síntesis, 364-365, 365f
no invasivos, 185
personales, 298
reconocimiento, 30-31
de respuesta, 312-314c
rítmicos, 378-380c
conexión-separación, 378-380c
posibilitadores-limitantes, 378-380c
reveladores-ocultadores, 378-380c
en la teoría del desarrollo humano, 378-380c
en la salud como expansión de la conciencia, 360-361c
de los síntomas, 448-449c
de las transiciones, 312-314c
Paz, 565-566c
Pelletier, Ida Jean (Orlando), 22, *Véanse también* Modelo de promoción de la salud
teoría del proceso de enfermería, 22-24
Pender, Nola J, 323-338
acreditaciones, 323-325
antecedentes, 323-325
Pensamiento
lógico, de Nightingale, 52
del paradigma transformador unitario-holográfico, 71
retroductivo, 406

Pepitas de oro, 382
Peplau, Hildegard E, 12-14, 506
ámbito de influencia, 12
liderazgo, 12-13
teoría de las relaciones interpersonales, 12-14
Perceived Enactment of Autonomy, herramienta, 405
Percepción, 253, 434-435c
Pérdida
de control, 541-544c
en la teoría del duelo disfuncional, 493c
del yo, 541-544c
Perfil de la forma de vida adolescente, 330
Período de tiempo, 312-314c
Persecución de la elegancia, 509-511c
Persona, 200, *Véanse también* Personalidad
completa, 297
concepto, 41
de metaparadigma, 4
cuidado(s)
perspectiva, 295-296c
sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 106
vivos, momento a momento, 297
deseos, 509-511c
en la filosofía de la asistencia, 128
humanidad, 297
en el modelo
de adaptación, 254

de conservación, 171
de la marea en la recuperación de la salud mental, 513
con una necesidad de enfermería, 512
como paciente, 54
pertenencia, 509-511c
plena, 297
de recursos, como rol de la enfermera, 12-13
en la salud como expansión de la conciencia, 363
que ha satisfecho su necesidad, 512
como sistema(s)
adaptativo, 255f
biopsicosociales, 451
en la teoría
de adopción del rol materno, 436
bioética sinfonológica, 420
del cuidado, 557
burocrático, 86
de la depresión posparto, 544
del desarrollo humano, 383-384
del duelo disfuncional, 494-495
del final tranquilo de la vida, 566
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 450-451
de logro de objetivos, 217, 219
de modelos y modelado de roles, 401-403c, 406
de los seres humanos unitarios, 182-183
de las transiciones, 315
Persona-cliente, 558

Persona-paciente, en la teoría bioética sinfonológica, 419c
Personalidad
en la enfermería como teoría de los cuidados, 295-296c
fundamentos teóricos, 71
en el modelo de sistema conductual, 277
relaciones de atención con los cuidadores, reforzadas mediante la participación, 297
vivir la vida basándose en el cuidado, 297
Perspectiva
caritativa, 146
mundial, 343-345c
Pertenencia a la persona, 509-511c
PHS, *Véase* Public Health Service (PHS)
Pistas, lactante, 434-435c
Pitágoras, 28
Plan
de acción, compromiso, 326-327c
de seguridad personal, 509-511c
Planteamiento lógico
del cuidado, la sabiduría clínica y la ética en la práctica de la enfermería, 107
de la enfermería
moderna, 56
como teoría de los cuidados, 298-299
de la filosofía de la asistencia, 129
del modelo
de adaptación, 256
de conservación, 172

de la marea en la recuperación de la salud mental, 514
de promoción de la salud, 329
de sistema(s), 236
conductual, 280
de la salud como expansión de la conciencia, 366
de la teoría
de adopción del rol materno, 440-441
bioética sinfonológica, 424
cuidado(s), 558
burocrático, 87
caritativo, 147-148
transpersonal, 72
del déficit de autocuidado en enfermería, 202f, 205-206, 206f
de la depresión posparto, 545-546
del desarrollo humano, 385
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 348-350
del duelo disfuncional, 495
del final tranquilo de la vida, 566-567
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 452
de logro de objetivos, 219
de modelos y modelado de roles, 406
de los seres humanos unitarios, 184-185
de la transcendencia del yo, 467
de la trayectoria de la enfermedad, 483
uso de Nightingale, 56
Platón, 142, 418

Plenitud, en la enfermería de conservación, 166-170c
Polanyi, Michael, 418
Popper, Karl, 142
Posibilitador
amanecer, 348, 349f
de Leininger, 348, 349f
del dominio de la indagación, 350
extraño a amigo de confianza, 350
de la indagación, 350
interrogatorio, 350
de la observación-participación-reflexión, 350
de la valoración de la salud mediante aculturación para los patrones culturales en las formas de vida tradicionales y no tradicionales, 350
Posibilitar, en la teoría del cuidado, 554-555c, 559
Posibilitar-limitar, 378-380c
Positivismo, 29-30
lógico, 30
Pospositivismo, 32
Potencia, 361-362
Potenciación, 378-380c
afirmación-no afirmación, 378-380c
empujar-resistir, 378-380c
ser-no ser, 378-380c
Potenciación-restricción, 378-380c
Práctica
cuidado(s)
sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 107-108

transpersonales, 72-73
como elemento de la enfermería clínica, 16
en la enfermería como teoría de los cuidados, 299-300
en la filosofía de la asistencia, 129-130
en el modelo
de adaptación, 256-258
de conservación, 172
de la marea en la recuperación de la salud mental, 515-516
de promoción de la salud, 329-330
de sistema(s), 237
conductual, 280-282
moral, basada en el cuidado, 127
perspectiva de Nightingale sobre los fundamentos, 56-57
en la salud como expansión de la conciencia, 366-367
en la teoría
de adopción del rol materno, 441
bioética sinfonológica, 424-425
del confort, 533
del cuidado, 559
burocrático, 87-88
caritativo, 148
de la depresión posparto, 546
del desarrollo humano, 385
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 350-351
del duelo disfuncional, 495
del final tranquilo de la vida, 567

de la incertidumbre frente a la enfermedad, 452
de logro de objetivos, 219-220
de modelos y modelado de roles, 406-407
de los seres humanos unitarios, 185
de la transcendencia del yo, 468
de las transiciones, 315-316
de la trayectoria de la enfermedad, 483
transformadora, del análisis crítico, 123
Praxis, 150
Precisión empírica, 59, 497-498
en los cuidados transpersonales, 75
Predicción, 39
Preferencias, 326-327c
inmediatas, 326-327c
Presencia continuada, 386
Prevención como intervención, 232-234c, 239-240
primaria, 232, 232-234c
secundaria, 232, 232-234c
terciaria, 232, 232-234c
Previsión clínica, 105
Principiante, 100, 101-103c
avanzado, 100, 101-103c
Principios, 347-348, 377
Principles and Practice of Nursing, 14
Problemas
de salud mental, 514
vitales, 506

Proceso(s), 232-234c
causal, 39-40
comunitarios, 312-314c
de la experiencia enfermera-cliente, 365-366
de extracción-síntesis, 382
persona-entorno, 466-467
vital integrado, 252
Profesión, 6c, 7-9, 8c
Profesionalismo orientado a la persona, 127
Profesora, como rol de la enfermera, 12-13
Programa(s)
educativos, 83-84c
de grado superior, 6
de salud mental, 515
Pronóstico, 559
indicadores, 312-314c
Proposiciones, 39
Pruebas basadas en la competencia, 108
Psiconeuroendocrinología, 262
Psiconeuroinmunología, 262
Psicosis posparto, 541-544c
Public Health Service (PHS), 15
Publicaciones sobre la teoría de enfermería globales, 576, 576-577t
Puntos críticos, 312-314c

Q

Quantum Foundation, 301

R

Racionalismo, 29

Ray, Marilyn Anne (Dee), 80, *Véanse también* Teoría de la atención burocrática

acreditaciones, 80-82

antecedentes, 80-82

Razonamiento

deductivo, 280

filosófico, de Nightingale, 52

inductivo, 280

Nightingale, uso, 56

en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 483

previo, 29

probabilístico, 448-449c

Reacción, grado, 232-234c

Realidad, sentido zen, 513

Reciprocidad, 184t

Reconstitución, 232-234c

Recorte de la enfermería, 71

Recuperación del control, 541-544c, 547

Red de salud universitaria, 389-390

Reed, Pamela G, 463, *Véanse también* Teoría de la transcendencia del yo

acreditaciones, 463

antecedentes, 463

Reflejo de la conciencia, 364

Reformulación deductiva, 463-464

Refuerzo de la sabiduría, 383-384

Regulación, 274-276c
Relación(es)
de ayuda-confianza, desarrollo, 68t, 69-70c
de cuidado, 56, 146
transpersonal, 69
enfermera-paciente, 12-13
aspectos cambiantes, 13f
fases, solapamiento, 13f
niveles, identificados por Henderson, 14-15
roles cambiantes, 14f
estructurales lineales (LISREL, *linear structural relations*), 260
madre-padre, 434-435c
mente-cuerpo-emoción-espíritu, en la teoría de modelos y modelado de roles, 401-403c
teóricas, 38-39
Relational Caring Questionnaire, 91
Relativismo social, 418
Requisitos de autocuidado
del desarrollo, 201-203c
universales, 201-203c
Resistencia, líneas, 232-234c
Resolución de la relación enfermera-paciente, 12-13
Resonancia, 183, 184t, 376
Respeto, 565-566c
Respuesta(s)
adaptativas, 251
de enfermería, 295-296c

al estrés, 166-170c
holísticas, en el modelo de conservación, 166-170c
ineficaces, 251
inflamatoria-inmunitaria, 166-170c
integradas, en el modelo de conservación, 166-170c
de lucha o huida, 166-170c
al miedo, 166-170c
del organismo, en la enfermería de conservación, 166-170c
patrones, 312-314c
sensitivas, en el modelo de conservación, 166-170c
Retroalimentación, 232-234c
Retroducción, 148, 532-533
Revelación-ocultación, 378-380c
Ricoeur, Paul, 126
Ritmicidad, 383
Rituales de salud, 361-362
Robbins, Lorraine, 324
Robinson Self-Appraisal Inventory, 405
Rogers, Bruce Taylor, 180
Rogers, ciencia, 574
Rogers, Lucy Mulholland Keener, 180
Rogers, Martha Elizabeth, 180-197, 464, *Véanse también* Teoría de los seres humanos unitarios
acreditaciones, 180-181
antecedentes, 180-181
Roper, Nancy, 21-22
Roper-Logan-Tierney, modelo de enfermería, 21

Roy, sor Callista, 249, *Véanse también* Modelo de adaptación
acreditaciones, 249-250
antecedentes, 249-250
Royal Ottawa Mental Health Centre, 515, 516
Rubin, Jane, 99-100
Ruido, 53-54c
Ruland, Cornelia M, 564, *Véanse también* Teoría del final tranquilo de la vida
acreditaciones, 564
antecedentes, 564

S

Sabiduría
clínica, en la práctica de la enfermería, 98-119
aceptación por la comunidad de enfermería, 107-109
caso clínico, 112-113c
crítica, 110-111
datos empíricos, 103-105
evolución, 109-110
fuentes filosóficas, 99-103
fundamentos teóricos, 106-107
planteamiento lógico, 107
principales premisas, 105-106
resumen, 111-113
personal, 381-382
«práctica», 366
Salidas, 232-234c
Salina Regional Health Center, 407

Salud
conceptos de metaparadigma, 4
en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 106
definición de Nightingale, 54-55
desviación, 201-203c
dimensiones, 147
en la enfermería como teoría de los cuidados, 297
estado, 434-435c
como expansión de la conciencia, 359-374
aceptación por la comunidad de enfermería, 366-368
caso clínico, 369-370c
crítica, 368-369
datos empíricos, 361-362
evolución, 368
fuentes teóricas, 360-361
fundamentos teóricos, 364-366
planteamiento lógico, 366
principales
conceptos y definiciones, 360-361c
premisas, 362-364
resumen, 369-370
tesis, 362
en la filosofía de la asistencia, 128
fundamentos teóricos, 71-72
judicial, 515
como maestría, 310

en el modelo
de adaptación, 254
de conservación, 166-170c, 171
de la marea en la recuperación de la salud mental, 513
de sistema(s), 232-234c, 236
conductual, 277-278
pasiva, 183
personalidad es vivir la vida basada en el cuidado, 297
rituales, 361-362
en la salud como expansión de la conciencia, 360-361c, 364
significado, 361-362
en la teoría
de adopción del rol materno, 436
bioética sinfonológica, 419c, 420
del confort, 531
del cuidado, 557
burocrático, 86
caritativo, 147
de la depresión posparto, 544-545
del desarrollo humano, 383-384
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 343-345c
del duelo disfuncional, 495
del final tranquilo de la vida, 566
de logro de objetivos, 215c, 217
de modelos y modelado de roles, 406
de los seres humanos unitarios, 183

de las transiciones, 315
universo humano, contemplado, 383-384
Satisfacción marital, 541-544c
Schoenhofer, Savina O, 293, *Véanse también* Enfermería, teoría de cuidados
acreditaciones, 293-294
antecedentes, 293-294
Sechrist, Karen, 324
Seip, Anne Lise, 121
Self-Care Resource Inventory, 405
Self-Care, Dependent-Care & Nursing (SCDCN), 199
Self-Consistency Scale, 259-260
Self-Transcendence Scale (STS), 465
Sencillez
en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 110
en la enfermería como teoría de los cuidados, 303
en la filosofía de la asistencia, 131
en el modelo
de adaptación, 263
de conservación, 173
de la marea en la recuperación de la salud mental, 518-520
de promoción de la salud, 330
de sistema(s), 239-240
conductual, 285
en la salud como expansión de la conciencia, 368
en la teoría
de adopción del rol materno, 443

bioética sinfonológica, 426
del confort, 535
del cuidado, 560
burocrático, 92
caritativo, 150
transpersonal, 74
del déficit de autocuidado en enfermería, 207
de la depresión posparto, 547-548
del desarrollo humano, 387
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 353
del duelo disfuncional, 497, 498f
de enfermería, análisis, 46
del final tranquilo de la vida, 568
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 454
de logro de objetivos, 221
de modelos y modelado de roles, 408
de los seres humanos unitarios, 189-190
de la transcendencia del yo, 471
de las transiciones, 317
de la trayectoria de la enfermedad, 484
en los trabajos de Nightingale, 58-59
Sensación parecida al crecimiento de la conciencia, 361-362
Sensibilidad, cultivo, 68t, 69-70c
Sentido zen de la realidad, 513
Sentimientos, promoción y aceptación
negativos, 68t, 69-70c

positivos, 68, 69-70c
Ser(es)
dimensión de la salud, 147
existencial como cuidado, 124
humanos, *Véanse también* Personalidad
en el modelo de sistemas, 236
en la teoría
del cuidado caritativo, 145
de logro de objetivos, 219
Ser-no ser, 378-380c
Servicio perseverante, 278
Sesiones individualizadas, 509-511c
Shields, Walene, 199
Sida, *Véase* Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)
Sigma Theta Tau International, 576-577
Significado, 314, 382-383
de estructuración, 378-380c
lenguaje, 378-380c
en la teoría del desarrollo humano, 378-380c
valor, 378-380c
de la salud, 361-362
situado, 106
de la vida, 361-362
Símbolos, usuarios, 200
Sincronía, 184t
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), 367
Sinfonología

bases, 421
definición, 418
desarrollo, 424
Sistema(s)
abierto, en el modelo de sistemas, 232-234c
de adaptación humana, 255-256, 256f
adaptativo, 255, 255f, 256f
alejado del equilibrio, 451
de autocuidado, 207-208
biopsicosociales, personas, 451
conceptual, 213-230
desarrollo, 215-216, 216f
conductuales, 274-276c
de cuidado dependiente, 207-208, 210f
diferentes a nivel cualitativo, 85
de enfermería, 201-203c, 202f, 205, 207-208
de gestión, 281
interpersonales, 216
modelo de adaptación, 251c
del paciente, 232-234c
social, 216
Situación
contexto, 419c
en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 106
de la enfermería, 295-296c, 304-305c
entorno, 128-129

Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) de Canadá, 388

Society of Rogerian Scholars, 574

Sócrates, 142

Soporte físico, 434-435c

Spinoza, Benedict, 418

SSHRC, *Véase* Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) de Canadá

St. Augustine, 142

St. Catherine's University, 407

St. Lucie Medical Center, 301-302

St. Mary's Medical Center, 302

STS, *Véase* Self-Transcendence Scale (STS)

Subjetividad humana, 377

Subsistema(s)

- agresivo-protector, 274-276c, 286-287c
- de conocimiento, 251, 265t
- de dependencia, 274-276c, 286-287c
- eliminativo, 274-276c, 286-287c
- ingestivo, 274-276c, 286-287c
- de logro, 274-276c, 286-287c
- en el modelo de sistema conductual, 274-276c
- de recuperación, 277
- regulador, 251, 265t
- relacionador, 251, 265t
- restaurador, 277
- sexual, 274-276c
- de vinculación-afiliación, 274-276c, 286-287c

Substance Use and Concurrent Disorders Program, 515
Sueño y alimentación, trastornos, 541-544c
Sufrimiento
  mental, 514
  relación con la enfermedad, el cuidado y la vida, 143-144c
  ser humano, 143-144c
  en la teoría del cuidado caritativo, 143-144c, 146-147
Suplementación del rol, 310
Sustituta, como rol de la enfermera, 12-13
Swain, Mary Ann P, 398, *Véanse también* Teoría de modelos y modelado de roles
  acreditaciones, 400
  antecedentes, 400
Swanson, Kristen M, 553, *Véanse también* Cuidado, teoría
  acreditaciones, 553-554
  antecedentes, 553-554
Sykepleien, 130

T

TDAH, *Véase* Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)
Temor, 361-362
  respuesta, 166-170c
Temperamento, lactante, 434-435c
Temperatura corporal, 38t
Temporalidad, 479-480c
  incierta, 480t
Tensión, 274-276c

Teología del cuidado, 142-144
Teoría(s)
de adopción del rol materno, 431-446
aceptación por la comunidad de enfermería, 441
caso clínico, 443c
crítica, 442-443
estadio
anticipación, 438
formal, 438
informal, 438
personal, 438
datos empíricos, 433-436
evolución, 442
fuentes teóricas, 433
fundamentos teóricos, 437-440
modelo, 434f
planteamiento lógico, 440-441
principales
conceptos y definiciones, 434-435c
premisas, 436-437
resumen, 443
afirmaciones, 37
relacionales, 37-38
análisis, 46, 46c, 47c
aplicación, 408
del aprendizaje social, 325-326
de la atención burocrática, 80-97

aceptación por la comunidad de enfermería, 87-90
caso clínico, 93c
datos empíricos, 84-86, 85f
evolución, 91
fuentes teóricas, 82-84
fundamentos teóricos, 86-87
planteamiento lógico, 87
principales
conceptos y definiciones, 83-84c
premisas, 86
publicaciones de investigación relacionadas, 90-91t
resumen, 93
de la autenticidad existencial, 92-93
del autocuidado, 205
del bienestar, 239
bioética sinfonológica, 417-430
aceptación por la comunidad de enfermería, 424-425
caso clínico, 427c
crítica, 426-427
datos empíricos, 420
estándares bioéticos, 422c
evolución, 426
fuentes teóricas, 418-419
fundamentos teóricos, 421-423
planteamiento lógico, 424
principales
conceptos y definiciones, 419c

premisas, 420-421
resumen, 427
del caos, 82, 86, 450-451, 506
ciencia, 29-31
cognitiva social, 325-326
de la complejidad, 85-86
componentes, 35-41, 36t
conceptos, 35-37
abstractos, 35
del confort, 527-539
aceptación por la comunidad de enfermería, 533
caso clínico, 536c
crítica, 535
datos empíricos, 530-531
definiciones del metaparadigma, 531
evolución, 533-535
fuentes teóricas, 527-529
fundamentos teóricos, 531-532
marco conceptual, 530f
planteamiento lógico, 532-533
principales
conceptos y definiciones, 528-529c
premisas, 531
resumen, 536, 537t
contribuciones, 36t
del cuidado
caritativo, 140-163

aceptación por la comunidad de enfermería, 148-150
caso clínico, 151-152c
crítica, 150-151
datos empíricos, 144-145
evolución, 150
fuentes teóricas, 142-144
fundamentos teóricos, 147
planteamiento lógico, 147-148
principales
conceptos y definiciones, 143-144c
premisas, 145-147
resumen, 151-152
dependiente, 205, 209c
humano, 73
transpersonal, 66-79
aplicación por la comunidad de enfermería, 72-74
caso clínico, 75c
crítica, 74
datos empíricos, 70
evolución, 74
fuentes teóricas, 68-70
fundamentos teóricos, 71-72
planteamiento lógico, 72
principales
conceptos y definiciones, 69-70c
premisas, 70-71
resumen, 75

de la decisión de diálisis, 239
del déficit de autocuidado en enfermería, 198-212
aceptación por la comunidad de enfermería, 206-207
caso clínico, 209c
crítica, 207-208
datos empíricos, 204
evolución, 207
fuentes teóricas, 199-203
fundamentos teóricos, 205
planteamiento lógico, 202f, 205-206, 206f
principales
conceptos y definiciones, 201-203c, 202f
premisas, 204
resumen, 208-209
definición, 35-37
de la depresión posparto, 540-552
caso clínico, 549c
crítica, 547-548
datos empíricos, 544
evolución, 546-547
fuentes
filosóficas, 541-544
teóricas, 541-544
fundamentos teóricos, 545
planteamiento lógico, 545-546
principales
conceptos y definiciones, 541-544c

premisas, 544-545
resumen, 548-549
del desarrollo, 35-43
humano, 375-397
aceptación por la comunidad de enfermería, 385-387
caso clínico, 390c
conceptualización, 377
crítica, 387-390
datos empíricos, 381-382
fuentes teóricas, 376-380
fundamentos teóricos, 384-385
planteamiento lógico, 384f, 385
principales
conceptos y definiciones, 378-380c
premisas, 382-384
programa de mentorización, 389
resumen, 390
durante la vida, 464
de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 339-358
aceptación por la comunidad de enfermería, 350-352
caso clínico, 354c
crítica, 353-354
datos empíricos, 345-346
evolución, 352-353
fundamentos teóricos, 347-348
planteamiento lógico, 348-350

principales
conceptos y definiciones, 343-345c
premisas, 346-347
resumen, 354
del duelo disfuncional, 490-503
aceptación por la comunidad de enfermería, 495-497
caso clínico, 499c
crítica, 497
datos empíricos, 493-494
evolución, 497
fuentes teóricas, 493
fundamentos teóricos, 495
planteamiento lógico, 495
principales
conceptos y definiciones, 493c
premisas, 494-495
resumen, 498
de la enfermería, 1-10, 45, 47c
búsqueda en PubMed, 576
ciencia, 572-578
contenido descriptivo, 47c
desarrollos, 4
evolución, 4
historia, 2-6, 5t, 6c
índices de contenidos, 47c
observaciones, 4
páginas web, 576-577

paradigmas, 4
psiquiátrica y de salud mental, 506
publicaciones globales, 576, 576-577t
significado, 6-8
técnica, 572-578
como teoría de los cuidados, 302-303
teóricos, 44, 45c
del estrés
y el afrontamiento, 100-101
por el rol materno, 239
del final tranquilo de la vida, 564-571
aceptación por la comunidad de enfermería, 567
caso clínico, 569c
crítica, 568-569
datos empíricos, 565-566
evolución, 568
fuentes teóricas, 565
fundamentos teóricos, 566
planteamiento lógico, 566-567
principales
conceptos y definiciones, 565-566c
premisas, 566
de la *gestalt*, 232
holográfica, 88
de la incertidumbre frente a la enfermedad, 447-462
aceptación por la comunidad de enfermería, 452-453
caso clínico, 455c

crítica, 453-455
datos empíricos, 449-450
evolución, 453
fuentes teóricas, 448-449
fundamentos teóricos, 451-452
modelo, 451f
planteamiento lógico, 452
principales
conceptos y definiciones, 448-449c
premisas, 450-451
resumen, 455
de la interacción en la evaluación de la salud infantil, 20, 21f
de la intervención terapéutica, 172
investigación y relación de interdependencia, 6
juicio, 31
de logro de objetivos, 213, *Véanse también* Teoría de nivel medio
aceptación por la comunidad de enfermería, 219-221
acreditaciones, 213-214
caso clínico, 222c
crítica, 221-222
datos empíricos, 214-217
evolución, 221
fuentes teóricas, 214
fundamentos teóricos, 217, 218f
hipótesis, 219c
planteamiento lógico, 219
principales

conceptos y definiciones, 215c
premisas, 217
proposiciones, 218c
resumen, 222
teoría de nivel medio de King, 216-217, 217f
tributo a Nightingale, 213-214
de modelos y modelado de roles, 398-416
aceptación por la comunidad de enfermería, 406-408
caso clínico, 409c
crítica, 408-409
datos empíricos, 403-405, 403f
evolución, 408
fuentes teóricas, 400-403
fundamentos teóricos, 406
planteamiento lógicos, 406
principales
conceptos y definiciones, 401-403c
premisas, 405-406
resumen, 409
de nivel medio, 39-40, 45, 47c, 213, *Véanse también* Teoría de logro de objetivos
aceptación por la comunidad de enfermería, 219-221
de la adaptación, 261-262
aplicación, 575, 575f
bibliografía, 40-41
caso clínico, 222c
crítica, 221-222

datos empíricos, 214-217
desarrollo, expansión, 574-575
de la espiritualidad adaptativa, 40t
evolución, 221
fuentes teóricas, 214
fundamentos teóricos, 217, 218f
homenaje de Nightingale, 213-214
de King, 216-217, 217f
planteamiento lógico, 219
principales
conceptos y definiciones, 215c
premisas, 217
de la promoción de la salud para lactantes prematuros, 173
proposiciones, 218c
resumen, 222
organización, 39
del proceso de enfermería, 22-24, 280
de la promoción de la salud en lactantes prematuros, 173
de la redundancia, 172
de las relaciones interpersonales, 12-14
de la relatividad, 184-185
de los seres humanos unitarios, 180-197
aceptación por la comunidad de enfermería, 185-189
caso clínico, 190c
crítica, 189-190
datos empíricos, 182
evolución, 189

fuentes teóricas, 181-182
fundamentos teóricos, 183-184
hemodinámica, evolución de los principios, 184t
instrumentos de investigación y herramientas prácticas derivadas de la ciencia, 187-189t
planteamiento lógico, 184-185
principales
conceptos y definiciones, 181-182c
premisas, 182-183
resumen, 190
sociocultural, 91-92
tecnológica, 91-92
de la transcendencia del yo, 463-476
aceptación por la comunidad de enfermería, 467-470
caso clínico, 472c
crítica, 471-472
datos empíricos, 465-466
evolución, 470-471
fuentes teóricas, 463-465
fundamentos teóricos, 466-467, 467f
planteamiento lógico, 467
principales
conceptos y definiciones, 464-465c
premisas, 466
resumen, 472
de las transiciones, 309-322
aceptación por la comunidad de enfermería, 315-316

caso clínico, 317-318c
crítica, 316-317
datos empíricos, 314
evolución, 316
fuentes teóricas, 312-314
de Meleis, 45
planteamiento lógico, 315
principales
conceptos y definiciones, 312-314c
premisas, 315
resumen, 317-318
teóricos, acreditaciones y antecedentes, 309-312
de la trayectoria de la enfermedad, 477-489
aceptación por la comunidad de enfermería, 483
caso clínico, 485c
crítica, 484
datos empíricos, 481-482
estados de incertidumbre, 480t
evolución, 483-484
fuentes teóricas, 478-480
fundamentos teóricos, 482-483
planteamiento lógico, 483
principales
conceptos y definiciones, 479-480c
premisas, 482
resumen, 485
de la vulnerabilidad de los adolescentes a las conductas de riesgo,

239
Teóricos de la enfermería
Abdellah, Faye Glenn, 15-16
Adam, Evelyn, 21
Barnard, Kathryn E, 19-20
Hall, Lydia, 18-19
Henderson, Virginia, 14-15
con importancia histórica, 11-27
Logan, Winifred W, 21-22
Pelletier, Ida Jean (Orlando), 22-24
Peplau, Hildegard E, 12-14
Roper, Nancy, 21-22
Tierney, Alison J, 21-22
Travelbee, Joyce, 19
Wiedenbach, Ernestine, 16-18
Terapéutica de enfermería, 312-314c
Terror al encuentro, 541-544c, 547
Tesis, en la teoría del cuidado caritativo, 145
The Canadian Nurse, 18
The Nature of Nursing, 14
The Nature Of Nursing: Reflections After 25 Years, 15
Tiempo, concepto, 364
Tierney, Alison J, 21-22
Tipologías, 36-37, 37t
To Be A Nurse, 21
Toma de decisiones
al final de la vida, 470, 567

método de resolución de problemas científico, 68t, 69-70c
Tomlin, Evelyn M, 398, *Véanse también* Teoría de modelos y modelado de roles
acreditaciones, 399-400
antecedentes, 399-400
Tormenta de ideas, 482
Törnebohm, Håkan, 142
Trabajo, 479-480c, 482
de abatimiento de la incertidumbre, 479-480c, 481t
biográfico, 479-480c
relacionado con la enfermedad, 479-480c
en la vida diaria, 479-480c
Tranquilo, 53-54c
Transcendencia, 383, 465, 528
del yo, 464-465c, 466, 467f
Transformación, 378-380c
de la asistencia, 301
Transiciones
concepto, 310
condiciones, 312-314c
experiencias, 312-314c
ineficaces, 310
insalubres, 310
patrones, 312-314c
tipos, 312-314c
Transustanciación, 382
Trastorno(s), 280, 285

de conducta, 285
por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), 261
del estado de ánimo posparto, 541-544c
obsesivo-compulsivo posparto, 541-544c
de pánico de aparición tras el parto, 541-544c
Tratamiento, 280
eficaz, 493c
Travelbee, Joyce, 19
modelo de relación entre seres humanos, 19, 20f
Trephotaxis, como enfermería, 512
Tristeza
de la maternidad, 541-544c
posparto, 541-544c
Troficognosis, 171

U

Unicidad de la experiencia humana, 378
Universalidad, 343-345c, 348
University of Colorado, Facultad de Enfermería, 66-67
University of Michigan, Facultad de Enfermería, 407
University of Michigan Medical Center, 407
University of Pittsburgh Medical Center, 407
University of Tennessee Medical Center, 407
University of Texas, 407
Universo
humano, 377, 383-384
de sistemas abiertos, 181-182c, 182

Usuario de símbolos, 200

V

Valoración, 280, 378-380c, 453-454
  conductual, 286-287c
Valores, 68t
  esenciales, 507, 507-508c
Variables que intervienen, 528-529c
Ventilación, 53-54c
Verdad, 144, 381-382
  del momento, 381-382
Vida, *Véanse también* Persona
  calidad, 565
  estrés, 541-544c
  océano de experiencia, 513
  proceso, integrado, 252
  satisfacción, 404
  significado, 361-362
  sufrimiento, 143-144c
Vigilancia activa, 453
VIH, *Véase* Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Vinculación, 434-435c
Vínculos, 36t, 38-41
  operacionales, 38-39
Virtud de la curiosidad, 509-511c
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 366-367, 496
Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 574

Visiting Nurse Association (VNA), 399
Visualización, 378-380c
explícita-tácita, 378-380c
VNA, *Véase* Visiting Nurse Association (VNA)
Vocación, 125, 127
von Wright, Georg, 142
Vulnerabilidad, 315, 464-465c, 466, 467f

W

Waerness, Kari, 121
Walker, Susan, 324
Watson Caring Science Institute (WCSI), 66
Watson, Jean, 554
Watson, Margaret Jean Harman, 66, *Véanse también* Teoría del cuidado transpersonal
acreditaciones, 66-67
antecedentes, 66-67
Web de curación, 368
Weber, Max, 125
Webster, Denny, 506
Western Commission of Higher Education in Nursing Conference, 6-7
Whitehill, Irene, 513-514
Wiedenbach, Ernestine, 16-18
arte de ayudar de la enfermería clínica, 16-18, 17f, 18f
Clinical Nursing: A Helping Art, 16
orientación, 16
Wiener, Carolyn L, 477, *Véanse también* Teoría de la trayectoria de la

enfermedad
acreditaciones, 477-478
antecedentes, 477-478
Williams, Rachel, 57
Wingren, Gustaf, 142-144
World Psychiatric Association, 515
Wrubel, Judith, 99-100

Y

Yo, *Véanse también* Persona
autogenerador, 517
cotidiano, 517
muerte, 541-544c, 547
pérdida, 541-544c
profesional, 517
seudocotidiano, 517
en la teoría de logro de objetivos, 215c

Z

Zona intocable, 127

Índice

Portada 2
Índice de capítulos 3
Página de créditos 20
Dedicatoria 22
Colaboradores 23
Revisores 30
Sobre la editora 32
Prefacio 34
Agradecimientos 37
Unidad I: Evolución de las teorías en enfermería 39
Introducción 40
1: Introducción a las teorías en enfermería: historia e importancia 42
Historia de las teorías en enfermería 43
Importancia de las teorías en enfermería 52
2: Teóricas de la enfermería de importancia histórica 65
Hildegard E. Peplau 78
Virginia Henderson 81
Faye Glenn Abdellah 84
Ernestine Wiedenbach 87
Lydia Hall 90
Joyce Travelbee 93
Kathryn E. Barnard 95
Evelyn Adam 97
Nancy Roper, Winifred W. Logan y Alison J. Tierney 97
Ida Jean (Orlando) Pelletier 101
3: Historia de la ciencia enfermera 110
Perspectivas históricas de la naturaleza de la ciencia 111
Visiones de principios del siglo xx sobre la ciencia y la teoría 114
Visiones emergentes de la ciencia y la teoría a finales del 115

siglo xx 115

Interdependencia de la teoría y la investigación 119
Ciencia como una iniciativa social 124
4: Proceso de desarrollo de teorías 128
Componentes de la teoría 129
Cuestiones actuales en el desarrollo de teorías en enfermería 141
5: Estructura y análisis del conocimiento especializado en enfermería 149
Una estructura del conocimiento en enfermería 150
Análisis de la teoría 154
Unidad II: Filosofías enfermeras 161
Introducción 162
6: Enfermería moderna 164
Acreditaciones y antecedentes 165
Fuentes teóricas 170
Uso de datos empíricos 175
Principales premisas 176
Fundamentos teóricos 178
Planteamiento lógico 181
Aceptación por la comunidad de enfermería 181
Evolución 186
Crítica 187
7: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson 205
Acreditaciones y antecedentes 206
Fuentes teóricas 211
Uso de datos empíricos 217
Principales premisas 217
Fundamentos teóricos 219
Planteamiento lógico 222
Aplicación por la comunidad de enfermería 223
Evolución 227
Crítica 228
8: Teoría de la atención burocrática 241

Fuentes teóricas 247
Uso de datos empíricos 252
Principales premisas 257
Fundamentos teóricos 258
Planteamiento lógico 260
Aceptación por la comunidad de enfermería 261
Evolución 269
Crítica 270
9: Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería 285
Acreditaciones y antecedentes 286
Fuentes filosóficas 289
Uso de datos empíricos 300
Principales premisas 305
Fundamentos teóricos 309
Planteamiento lógico 311
Aceptación por la comunidad de enfermería 312
Evolución 318
Crítica 319
10: Filosofía de la asistencia 344
Acreditaciones y antecedentes 345
Fuentes teóricas 354
Uso de datos empíricos 365
Principales premisas 366
Fundamentos teóricos 369
Planteamiento lógico 370
Aceptación por la comunidad de enfermería 371
Evolución 374
Crítica 375
11: Teoría del cuidado caritativo 396
Acreditaciones y antecedentes 397
Fuentes teóricas 402
Uso de datos empíricos 408
Principales premisas 409

Principales premisas 409
Fundamentos teóricos 416
Planteamiento lógico 417
Aceptación por la comunidad de enfermería 418
Evolución 423
Crítica 424
Unidad III: Modelos conceptuales en enfermería 456
Introducción 457
12: Modelo de la conservación 459
Acreditaciones y antecedentes† 460
Fuentes teóricas 463
Uso de datos empíricos 472
Principales premisas 472
Fundamentos teóricos 476
Planteamiento lógico 477
Aplicaciones por la comunidad de enfermería 477
Evolución 480
Crítica 480
13: Seres humanos unitarios 496
Acreditaciones y antecedentes 497
Fuentes teóricas 499
Uso de datos empíricos 502
Principales premisas 503
Fundamentos teóricos 505
Planteamiento lógico 508
Aceptación por la comunidad de enfermería 509
Evolución 518
Crítica 519
14: Teoría del déficit de autocuidado en enfermería 540
Acreditaciones y antecedentes 541
Fuentes teóricas 543
Uso de datos empíricos 557
Principales premisas 559
Fundamentos teóricos 560

Aceptación por la comunidad de enfermería 563
Evolución 565
Crítica 566
15: Sistema conceptual y teoría de nivel medio del logro de objetivos 579
Acreditaciones y antecedentes 580
Fuentes teóricas 583
Uso de datos empíricos 584
Principales premisas 590
Fundamentos teóricos 592
Planteamiento lógico 596
Aceptación por la comunidad de enfermería 597
Evolución 601
Crítica 603
16: Modelo de sistemas 627
Acreditaciones y antecedentes 628
Fuentes teóricas 630
Uso de datos empíricos 637
Principales premisas 638
Fundamentos teóricos 639
Planteamiento lógico 640
Aplicaciones por la comunidad de enfermería 640
Evolución 647
Crítica 648
17: Modelo de adaptación 672
Acreditaciones y antecedentes 673
Fuentes teóricas 675
Uso de datos empíricos 684
Principales premisas 684
Enfermería 686
Fundamentos teóricos 689
Planteamiento lógico 693
Aceptación por la comunidad de enfermería 693
Evolución 709

Evolución 709
Crítica 710
18: Modelo del sistema conductual 734
Acreditaciones y antecedentes 735
Fuentes teóricas 736
Uso de datos empíricos 743
Principales premisas 745
Fundamentos teóricos 748
Planteamiento lógico 751
Aceptación por la comunidad de enfermería 751
Evolución 760
Crítica 764
Unidad IV: Teorías y grandes teorías 782
Introducción 783
19: Teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica 785
Acreditaciones y antecedentes 787
Fuentes teóricas 789
Uso de datos empíricos 796
Principales premisas 796
Fundamentos teóricos 799
Planteamiento lógico 802
Aceptación por la comunidad de enfermería 802
Evolución 812
Crítica 814
20: Teoría de las transiciones 828
Acreditaciones y antecedentes 829
Fuentes teóricas 835
Uso de datos empíricos 841
Principales premisas 842
Fundamentos teóricos 844
Planteamiento lógico 844
Aceptación por la comunidad de enfermería 845
Evolución 847

21: Modelo de promoción de la salud 863
Acreditaciones y antecedentes 864
Fuentes teóricas 869
Uso de datos empíricos 873
Principales premisas 876
Fundamentos teóricos 877
Planteamiento lógico 879
Aceptación por la comunidad de enfermería 879
Evolución 881
Crítica 881
22: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales 903
Acreditaciones y antecedentes 904
Fuentes teóricas 912
Uso de datos empíricos 921
Principales premisas 924
Principios o fundamentos teóricos 926
Planteamiento lógico 928
Aceptación por la comunidad de enfermería 934
Evolución 940
Crítica 941
23: Salud como expansión de la conciencia 957
Acreditaciones y antecedentes 958
Fuentes teóricas 960
Uso de datos empíricos 964
Principales premisas 965
Fundamentos teóricos 970
Planteamiento lógico 975
Aceptación por la comunidad de enfermería 976
Evolución 981
Crítica 982
24: Desarrollo humano 997
Acreditaciones y antecedentes 998
Fuentes teóricas 1001

Fuentes teóricas 1001
Uso de datos empíricos 1013
Principales premisas 1018
Fundamentos teóricos 1022
Planteamiento lógico 1024
Aceptación por la comunidad de enfermería 1025
Crítica 1031
25: Modelos y modelado de roles 1061
Acreditaciones y antecedentes 1064
Fuentes teóricas 1070
Uso de datos empíricos 1077
Principales premisas 1083
Fundamentos teóricos 1085
Planteamiento lógico 1085
Aceptación por la comunidad de enfermería 1086
Evolución 1090
Crítica 1090
26: Teoría bioética sinfonológica 1110
Acreditaciones y antecedentes 1112
Fuentes teóricas 1114
Uso de datos empíricos 1119
Principales premisas 1120
Fundamentos teóricos 1123
Planteamiento lógico 1130
Aceptación por la comunidad de enfermería 1131
Evolución 1136
Crítica 1137
Unidad V: Teorías de nivel medio 1151
Introducción 1152
27: Adopción del rol materno: convertirse en madre 1154
Acreditaciones y antecedentes 1155
Fuentes teóricas 1158
Uso de datos empíricos 1163
Principales premisas 1164

Planteamiento lógico 1175
Aceptación por la comunidad de enfermería 1176
Evolución 1178
Crítica 1180
28: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad 1190
Acreditaciones y antecedentes 1191
Fuentes teóricas 1194
Uso de datos empíricos 1197
Principales premisas 1200
Fundamentos teóricos 1203
Planteamiento lógico 1204
Aceptación por la comunidad de enfermería 1205
Evolución 1206
Crítica 1208
29: Teoría de la transcendencia del yo 1231
Acreditaciones y antecedentes 1232
Fuentes teóricas 1233
Uso de datos empíricos 1237
Principales premisas 1239
Fundamentos teóricos 1240
Planteamiento lógico 1242
Aceptación por la comunidad de enfermería 1243
Evolución 1250
Crítica 1252
30: Teoría de la trayectoria de la enfermedad 1266
Acreditaciones y antecedentes 1268
Fuentes teóricas 1272
Uso de datos empíricos 1278
Principales premisas 1280
Fundamentos teóricos 1281
Planteamiento lógico 1282
Aceptación por la comunidad de enfermería 1283
Evolución 1285
Crítica 1286

Crítica 1286
31: Teoría del duelo disfuncional 1300
Acreditaciones y antecedentes 1303
Fuentes teóricas 1310
Uso de datos empíricos 1312
Principales premisas 1315
Fundamentos teóricos 1316
Planteamiento lógico 1316
Aceptación por la comunidad de enfermería 1316
Evolución 1321
Crítica 1322
Precisión empírica 1324
Consecuencias derivadas 1325
32: Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental 1337
Acreditaciones y antecedentes 1338
Fuentes teóricas 1340
Uso de datos empíricos 1356
Principales premisas 1358
Fundamentos teóricos 1363
Planteamiento lógico 1365
Aceptación por la comunidad de enfermería 1366
Evolución 1372
Crítica 1374
33: Teoría del confort 1395
Acreditaciones y antecedentes 1396
Fuentes teóricas 1397
Uso de datos empíricos 1403
Definiciones metaparadigmáticas 1405
Principales premisas 1406
Fundamentos teóricos 1406
Planteamiento lógico 1408
Aceptación por la comunidad de enfermería 1410
Evolución 1413
Crítica 1416

Acreditaciones y antecedentes 1428
Fuentes teóricas y filosóficas 1430
Uso de datos empíricos 1438
Principales premisas 1439
Fundamentos teóricos 1440
Planteamiento lógico 1442
Aceptación por la comunidad de enfermería 1443
Evolución 1445
Crítica 1448
35: Teoría de los cuidados 1461
Acreditaciones y antecedentes 1462
Fuentes teóricas 1464
Uso de datos empíricos 1467
Principales premisas 1473
Fundamentos teóricos 1475
Planteamiento lógico 1476
Aceptación por la comunidad de enfermería 1477
Evolución 1479
Crítica 1479
36: Teoría del final tranquilo de la vida 1490
Acreditaciones y antecedentes 1492
Fuentes teóricas 1493
Uso de datos empíricos 1496
Principales premisas 1496
Fundamentos teóricos 1497
Planteamiento lógico 1498
Aceptación por la comunidad de enfermería 1499
Evolución 1501
Crítica 1502
Unidad VI: El futuro de las teorías en enfermería 1510
Introducción 1511
37: Estado del arte y la ciencia de la teoría en enfermería 1513
Filosofía de la ciencia normal 1515
Expansión del desarrollo de teorías de nivel medio 1517

Expansión del desarrollo de teorías de nivel medio 1517
Formación global en Enfermería 1521
Índice alfabético 1528